أ.د. أحمد عكاشه
أ.د. طارق عكاشه

الطب النفسى المعاصر


مكتبة الأنجلو المصرية

الطب النفسى المعاصر

دكـــتور

أحمد عكاشه

أستاذ الطب النفسى
رئيس مركز بحوث وتدريب
منظمة الصحة العالمية للطب النفسى
مركز الطب النفسى - جامعة عين شمس
رئيس الجمعية العالمية للطب النفسي ٢٠٠٢ - ٢٠٠٥
رئيس الجمعية المصرية للطب النفسي
رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب

دكـــتور

طارق عكاشه

أستاذ الطب النفسى
مركز الطب النفسي - جامعة عين شمس
عضو اللجنة التنفيذية للجمعية العالمية للطب النفسي
أمين عام المؤتمرات العلمية العالمية
للجمعية العالمية للطب النفسي

الطبعة الخامسة عشر



مكتبة الأنجلو المصرية

أسم الكتاب : الطب النفسى المعاصر
أسم المؤلف : أ. د / أحمد عكاشة
أ. د / طارق عكاشة
أسم الناشر : مكتبة الأنجلو المصرية
أسم الطابع : مطبعة محمد عبدالكريم حسان
رقم الايداع : 5088
سنة الطبع : 2010
الترقيم الدولى : I.S.B.N 977 – 05 – 1973 -1

موضوعات الكتاب

الفصل الثالث ٢٨١-٣٦٢

الاضطرابات الذهانية

الفصل الرابع ٣٨١-٤٤٤

الاضطرابات المزاجية (الوجدانية)

الفصل الخامس ٤٦٣–٤٩٢

الاضطرابات العقلية العضوية

الفصل السادس ٥١٧–٥٩٤

اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام مواد نفسية الفاعلية (الإدمان)

الفصل السابع ٦٠٩-٦٦٠

الزملات السلوكية المصحوبة باختلالات وظيفية وعوامل بدنية

مقـــدمة

مـر الطب النفسي خـلال تطوره بعدة مـراحل ، بعد أن كـان مـجـالاً خـصبـاً للاجـتـهـاد الذاتي للفلاسـفـة والحكماء ورجـال الدين ، وكـذلك عـومل مرضى النفس والعقول في الفترات السابقة المختلفة بوصفهم شواذاً ، ومـحـترفي إجرام ، وأتبـاعـاً للشياطين أو أنهم من أهل الكفر .

وتنقـسم مـراحل تطور الطب النفـسي إلى أربع مـراحل : المرحلة الإنسـانيـة ، والمرحلة التحليلية ، والمرحلة الطبية ، والمرحلة الفسيوكيميائية ، ومع بداية القرن الواحد والعشرون تبدأ مرحلة الهندسة الوراثية الجزيئية .

بدأت المرحلة الإنسانية في القرن الثامن عشر بظهور الطبيب الفرنسي فيليب بينل ، الذي استطاع أن يغير من طبيعة مستشفى الأمراض العقلية ، وأن يفك الأغلال والسلاسل التي كانت تقيد مرضى العقول ، ويقضي على المعاملة السيئة والمهينة ، وينشر الوعي الحضاري في معاملة هؤلاء المرضى ، ومـازال للأسف حتى الآن في بعض الدول الفقيرة يقيد المريض بالأغلال والسلاسل.

يلي تلك المرحلة ظهور فرويد في القرن التاسع عشر ، ومحاولته الفريدة في تشريح النفس البشرية وفهم العوامل اللاشعورية في سلوك الإنسان ، وأفاض فرويد في تفـسير الأحـلام ، وزلات الكلام والجنسيـة الطفليـة ، وأثار الجدل بنظريتـه في نشأة الأمراض النفسيـة والعقلية ، من خلال الصدمات الانفعالية والجنسية في حياة الطفل أثناء السنوات الخمس الأولى ، وكتب كثيراً عن علاج هذه الأمراض بالتحليل النفسي وعمليات الألفة والمقاومة ، ومازال يتبع هذه المدرسة قلة من المعالجين النفسيين.

وعلى الرغم من نقد الكثيـرين لتطرف نظريات فرويد – باعـتبـاره وضع فروضـه على أساس بعض الشخصيات المرضيـة ، ولم يأخذ في حسبانه الشخصيات السوية ؛ مما أدى إلى اعوجاج في تطبيقها على كافة المستويات ، ومما أدى بكثيرٍ من بعض تلامذته إلى الانفصال عنه بنظريات مختلفة ، مثل : أدلر ، ويونج وغيرهم – إلا أن أثره البـالغ في التـعمق في آلام النفس البشرية لم يسبقـه إليه أحـد ، وإن كان تأثيره الحـالي أكثر جلاء في مجـال الفن والتصوير والسينما ، عنه في الطب النفسي ؛ حيث ظـهـرت مدارس متطورة في العلاج النفسي ، أثبـتت فاعليتـهـا وتفوقهـا على مدرسة التحليل النفسي .

أما المرحلة الثالثة وهى المرحلة الطبية ، فهى محاولة العالم الألمانى كريبلين وضع الطب النفسى فى إطار طبى ، بدلاً من الإطار الفلسفى الذى كان شائعاً فى هذا الوقت ، فبدأت بشروعه فى البحث والتنقيب والتنقية حتى وصل إلى تفسير الأمراض النفسية والعقلية المعروفة الآن على أساس طبى ، من حيث : فهم الأسباب والباثولوجيا والأعراض والعلامات ، ومآل المرض ثم العلاج ، غير أنه قد أغفل الكثير من العوامل اللاشعورية والأسباب الانفعالية الخاصة بالمريض لكى يشابه بين المريض العضوى والنفسى ، ولكن جانبه الصواب فى هذا الشأن ، ذلك أن المريض النفسى يختلف كثيراً عن المريض العضوى فى رمزية أعراضه ، وفى الدور الذى تلعبه هذه الأعراض فى حياته الخاصة والعامة ، وقد قسم المرض العقلى إلى نوعين جنون الهوس الاكتئابى والخرف المبكر .

أما المدرسة الرابعة وهى الفسيوكيميائية ، فقد بدأت فى القرن العشرين ؛ خاصة فى الخمسينيات باكتشاف عقاقير مضادة للفصام ، ومعرفة أن عقاقير الهلوسة تسبب اضطرابات كيميائية داخلية فى الدماغ ، شبيهة بما يحدث فى الفصام ، وكذلك اكتشاف خلل فى بعض الموصلات العصبية فى المشتبكات العصبية داخل الدماغ واضطراب فى اتصالات المسارات العصبية داخل الدماغ ، وأنه بإعادة هذه الموصلات والمسارات لتوازنها الطبيعي يشفى الكثير من الأمراض النفسية .

وفى الوقت نفسه ، أوضحت الأبحاث التغيرات الفسيولوجية التى تحدث مع حالات القلق والهلع والهستيريا والوسواس القهرى والهوس والاكتئاب والفصام .. الخ ، وكذلك اكتشاف إفراز المخ للأفيون الداخلى ، والذى يسيطر على عتبة الألم واحتمال علاقته المباشرة بالإدمان بكافة أنواعه ، وأخيراً العلاقة المباشرة بين مزاج الفرد وجهاز المناعة ، وكيف أن التغيرات المزاجية قد تقلل المناعة وتسبب الأمراض النفسية ، وكذلك الجسدية من السرطان إلى السكر والروماتيزم وأمراض القلب ، والحديث لن يتوقف عن الثورة الفسيوكيمائية التى غيرت مفهوم الطب النفسى فى العالم ، والعقاقير المختلفة التى تظهر فى محاولة لإزالة معاناة الإنسان النفسية ، وباكتشاف عقاقير مضادة للقلق والاكتئاب والهذيان والفصام والوسواس .. ومن يدرى فقد يأتى اليوم الذى تكتشف فيه حبوب لمنع الحقد والحسد والغيرة .. بل حبوب تجعل الأحلام سعيدة .. وملونة!

وقد انتشرت الآن المدرسة المضادة للطب النفسى ، برفضها وضع الأمراض

النفسية والعقلية فى إطار طبى مثل بقية الأمراض العضوية ، واعتبارها أسلوباً فى الحياة اختاره الفرد، الذى يجب أن يمر بهذه التجربة حتى يخرج منها بخلق جديد أو إبداع مثمر ، ويتضح خطأ الطبيب فى علاجه لهذه الأمراض بالطريقة الطبية ؛ لأنه يتحول فى هذه الحالة إلى أداة فى خدمة الحاكم والمجتمع لترويض المريض واستئناس أنماطه ؛ حتى يتكيف مع هذا المجتمع الزائف ..

ولكن سرعان ما أصيبت هذه المدرسة بالعقم والشلل ، لأنهم وإن كانوا قد قدموا فلسفة ممتعة جميلة ، إلا أنهم لم يجدوا الحلول لإسعاد وعلاج مرضى النفس والعقل من معاناتهم المستمرة .

ولقد انتشرت كلمة المريض النفسى (العصابى) أو المريض العقلى (الذهانى) فى كافة المجالات ، حتى شاعت فى شتى وسائل الإعلام ، ولكننا إذا توقفنا برهة لنتساءل من هو المريض النفسى لوجدنا صعوبة فى التعريف .. هل هو حقاً مريض ؟ أم أنها كلمة تطلق على كل من يعجز عن التكيف مع المجتمع أو يتأقلم مع من حوله، وهو فى خلال ذلك يتألم ويعانى ، وأثناء هذه المعاناة قد يخلق أو يبدع ، وينتج ، أو قد يجاهد ، أو يكافح للوصول إلى غايته ، وهذه هى الحضارة ، أو أحياناً ما يتوقف تماماً نتيجة لمعاناته بخضوع جهازه العصبى لاستجابات القلق والاكتئاب والهستيريا والوسواس ، إذاً فالعصابى إنسان غير قادر على التكيف ، سواء للأفضل أو للأسوأ ، وفى كلتا الحالتين يعانى من اضطراب فى جودة الحياة مما يؤثر على حياته فى العمل ومع الآخرين .

قررت الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام ١٩٨٠ ، فى التصنيف الأمريكى الثالث لأمراض الطب النفسى ، إلغاء كلمة العصاب ، نظراً لسوء استعمال الكلمة وكأنها وصمة أو سمة غير حميدة ، وكذلك لأنها تتبع مدرسة التحليل النفسى ، والتى تؤول الأسباب إلى صدمات الطفولة المبكرة ، والذى ثبت عدم مصداقيتها فى كثير من الحالات ، وقد سبق ذلك شنيدر فى عام ١٩٢٣ حيث لاحظ أن كلمة العصاب تعبير خاطئ لحالات تدل على تفاعل شاذ فى الشخصية ، ولاتحمل فى صفتها أكثر من ذلك ، والحق أن معظم الاضطرابات النفسية (العصابية) تتبادل الأعراض ، وتختلف صفاتها فى المتابعة الطولية ، ومن ثم يتغير التشخيص من وقت لآخر ، مما يسبب نوعاً من الخلط والارتباك . وإذا أخذنا الأسباب والأعراض ، والمآل والعلاج فى اضطرابات العصاب المختلفة من قلق إلى وسواس إلى اكتئاب إلى هلع ورهاب ،

وكذلك الاضطرابات التحولية والانشقاقية ، نجد أنه يمكن تلخيصها فى نوعين :

(١) اضطرابات التأقلم أو التكيف وهى مجموعة من الأعراض ، تتميز بظهور أعراض حادة ، قصيرة المدى تحت تأثير مشقة أو كرب وتحمل مآلاً حسناً .

(٢) زملة العصاب العام وتتميز بأعراض متباينة مختلفة ، تظهر أحياناً دون وجود مشقة وتأخذ شكلاً مزمناً ، وأكثر الأعراض انتشاراً هو القلق النفسى ، والذى كثيراً مايتحول إلى اضطراب الهلع ، ثم يأخذ شكل الرهاب أو المخاوف ثم يصبح أحياناً رهاب الساحة (الخوف من الأماكن المتسعة ، وغالباً ماينتهى بأعراض اكتئابية) ... الخ .

وإذا قبلنا هذا الجدل من الناحية النظرية ، إلا أنه من الصعب من الناحية العملية إلغاء لفظ العصاب ؛ ولذا فقد أبقى التصنيف العالمى العاشر لسنة ١٩٩٢ للأمراض والتابع لمنظمة الصحة العالمية على فئة العصاب تحت عنوان الاضطرابات العصابية المرتبطة بالكرب والجسدية الشكل ؛ حيث إنها تشترك فى صعوبة الفرد فى التكيف مع أحداث وكروب الحياة ؛ مما يؤثر على علاقاته الشخصية وإنجازه فى العمل ، ويشمل العلاج فى حالات العصاب العلاج النفسى والسلوكى والمعرفى والدوائى .

ويبدو أن ماقيل عن لفظ الهستيريا وإلغائه ، يمكن قوله فى العصاب «أنه سيعيش ليسير فى جنازة من ينعاه» !! .

وينطبق الشيء نفسه بالنسبة للمريض العقلى ، أو مايطلق عليه العامة «المجنون» ، ففى الواقع لايوجد مثل هذا اللفظ فى قاموس الطب النفسى ، ولكن تستعمل هذه الكلمة أحياناً فى الإطار القانونى والجنائى، وقد ذكر لفظ المجنون فى القرآن الكريم خمس مرات وصفا لما أدركه الناس عندما أتى الأنبياء بنظام وفهم مخالفاً لتقاليد المجتمع إذاً فمن هو المريض العقلى ؟

- هل هو من يقوم بسلوك يخالف تقاليد المجتمع ؟
- هل هو من يفكر بطريقة تثور على أسس المجتمع ؟
- هل هو من يختل إدراكه ولايستطيع التمييز بين الحقيقة والخيال ؟
- هل هو من يصبح أسيراً لأوهام وهلاوس وضلالات ؟

- هل هو ذلك الرجل الذى يتوقف عن التفكير والعاطفة ، وينسحب من هذا العالم؟
- هل هو القاتل ، الشاذ جنسياً ، العدوانى المخرب ؟

هنا تكمن الصعوبة ، فتشخيص المريض العقلى له محكاته الخاصة ، ولكن أحياناً مايعرف مجازياً حسب المجتمع والبيئة ، فإذا اختلف فرد فى عقائده السياسية مع بيئته وثار عليها ، واتهم زعماءها بأنهم عار على المجتمع، فقد يحتمل فى بعض الدول أن يودع فى إحدى مستشفيات الأمراض العقلية ، بوصفه مصاباً بجنون العظمة، (وقد أدينت بعض الحكومات فى المؤتمر العالمى السادس للطب النفسى فى هونولولو ١٩٧٧ لممارستها الضغط السياسى من خلال الطب النفسى) ، وفى دول أخرى ، قد يوضع فى السجون باعتبار أن تطرفه مؤذ للمجتمع ، على حين يسمح له بالتعبير عن كل انفعالاته فى دولة أخرى ، فبينما هو مجنون فى مجتمع ، نراه مجرماً فى مجتمع آخر ، أو إنساناً مختلفاً متمرداً على تقاليد المجتمع فى مجتمع ثالث.

وقد يستسيغ مجتمع ما بعض الأفراد ذوى الشفافية ، الذين يزعمون أنهم يتلقون وحى الهداية لنشر الفضيلة والتمسك بأهداب الدين ، بل أحياناً تصل نسبة احترامهم إلى مرتبة التقديس ، على حين قد يودعون فى مجتمع آخر مستشفيات الأمراض العقلية للعلاج ؛ حيث يشفون من هذا اللوث الدينى كما يزعمون .

وثمة مثل آخر هو السماح بإنشاء نواد خاصة وصحف ومجلات للشواذ جنسياً فى بعض البلاد ، بل التمادى إلى حد تزويجهم أو تزويجهن من بعضهم البعض مدنياً، على حين يعتبرون مرضى فى بلاد أخرى ، وفى مجتمع ثالث يكتفى بقبول هذا السلوك باعتباره حرية فى التعبير وأسلوب فى الحياة ، وقد ألغيت كلمة الشذوذ الجنسى (الجنسية المثلية) فى إطار الاضطرابات النفسية فى التصنيف الأمريكى ١٩٨٠ ، وكذلك فى التصنيف العالمى ١٩٩٢ .

على هذا النحو طال الجدل واختلفت الآراء ، غير أننى أرى أن المريض العقلى هو من أصيب باضطرابات فى التفكير والسلوك والوجدان والإدراك من هلاوس وضلالات ؛ مما أدى إلى تدهور شخصيته وتغييرها ، حتى باتت تؤثر عليه وعلى أسرته وعلى المجتمع ، وهنا يحتاج مثل هذا الشخص للعلاج ؛ حيث إن الاضطراب العقلى يحتمل أن ينشأ من أسباب عضوية ، مثل : هبوط الكبد أو الكليتين أو الرئتين ،

أو ورم فى المخ ، أو أى أسباب وظيفية فسيوكيمائية مثل الفصام والاكتئاب والهذيان ... إلخ .

ونستطيع أن نشبه المريض النفسى بالفرد الذى يبنى قصوراً فى الهواء ، أما المريض العقلى فهو يعيش فى قصور من الهواء : أى إن المريض النفسى يتميز بتغير فى كمية الأعراض التى تجعله يختلف عن السوى فى الكم وليس فى الكيف، أما المريض العقلى فيتميز بتغير كيفى ونوعى ؛ مما يجعل اتصاله بالواقع يختل اختلالاً واضحاً من حيث التفكير والإدراك والشخصية .

تحدثنا فى هذه المقدمة عن المرض النفسى والعقلى ، ولكن ما هى الصحة النفسية . ومرة أخرى تختلف الآراء ، فيوجد من ينادى بأن الصحة النفسية هى التوافق والتآلف مع المجتمع فى القيام بالمسئولية والإنتاج ، غير أن هذا فى تصورى استئناس بشرى لمصلحة الحاكم ، يمنع الإبداع والخلق ولو كانت الصحة النفسية كذلك، لما ظهر الأنبياء والمخترعون والعلماء والفنانون الذين عادة مايخالفون المجتمع والتقاليد .

ويذهب البعض إلى تعريف الصحة النفسية بأنها القدرة على العطاء والحب والتضحية ، دون انتظار المكافأة ، على حين يفسرها البعض الآخر على أنها التوازن بين الهو (الغرائز) والأنا (الذات) والأنا الأعلى (الضمير) .

وفى رأيى أن الصحة النفسية هى القدرة على التأرجح بين الشك واليقين؛ لأن هذا التأرجح يمنح الإنسان المرونة ، فلايتطرف إلى حد الخطأ ، ولايتذبذب إلى حد الإحجام عن اتخاذ أى قرار ؛ إذ إن هذا التأرجح يوفر للفرد المعادلة والقوة اللازمة للانطلاق والخلق والتمتع والتكيف ، ويذهب بعض رواد المدارس الجديدة فى العلاج النفسى إلى أن الصحة النفسية هى التآزر والتوافق بين الطفولة والمراهقة حتى نبلغ النضج ، ولكن يستمر فى كل واحد منا الطفل أحياناً والمراهق أحياناً والناضج أحياناً أخرى ، فإذا تغلب الطفل فى سلوكنا ، طغى الاندفاع وعدم التجانس والتلقائية والبعد عن التخطيط ، وإذا سيطر المراهق اندفعنا وراء نزواتنا وملذاتنا ، بعيداً عن مذهب الواقع ، وعدونا تحت سيطرة هيدونية مستمرة ، أما إذا تغلب الناضج فينا وسيطر باتت الحياة جادة ، صارمة ، وتضافرت شحنته كلها لكبت الطفل والمراهق داخله ، إذاً فمحاولة التوازن بين الثلاث : الطفل ، والمراهق والناضج فى حياتنا ، هى الصحة النفسية للوصول إلى الغاية والسعادة المنشودة .

أما منظمة الصحة العالمية فتعرف الصحة النفسية بأنها القدرة على التكيف مع ضغوط الحياة والصمود للكروب، والتوازن بين القدرات والتطلعات والعمل والإنتاج والحب بكفاءة وأن يكون للفرد دوراً فى المجتمع.

حاولت فى هذا الكتاب أن أعطى صورة للمرض النفسى والعقلى بعد التطورات الأخيرة ، وتغير أسباب نشأته ، واتساع مجالات العلاج فى الطب النفسى، مع الاهتمام الخاص بالطب النفسى المصرى والعربى ، وكافة الأبحاث التى بذلت فى هذا الاتجاه ، حيث إن العوامل الحضارية والبيئية والاجتماعية لها أثرها البالغ فى نوعية الأعراض وفى كيفية علاجها ، ولذا وجب علينا التنويه بذلك ؛ حتى لايتأثر الكل باستيراد كل ماهو غريب عن بيئتنا وكأنه الأصلح .

وقد اتبعت فى تصنيف الاضطرابات النفسية (يلاحظ عدم استعمال كلمة المرض) فى هذا الكتاب المتفق عليه حديثاً فى التصنيف العالمى العاشر للأمراض ١٩٩٢، الصادر من منظمة الصحة العالمية ، والذى كان لى شرف الاشتراك فى إصداره ، ونحن بصدد ظهور التصنيف العالمى الحادى عشر عام ٢٠١٢ والذى سيختلف عن التصنيف الحالى ولى شرف المشاركة فيه .

ثمة كلمة أخيرة ، فقد تقدم العلم وتطورت الحضارة ، واكتشف كثير من أسباب المرض النفسى والعقلى وأصبحت مباهج الحياة ومغرياتها بلانهاية ، واستغرق الإنسان بنهم فى التمتع بكل ماتصل إليه يده ، غير أن هذا لم يحول دون وجود المرض النفسى والعقلى ، ولم يكف الإنسان عن المعاناة أو عن التفكير فى مأساته الدنيوية .

تدل الدراسات الوبائية الحديثة أن نسبة المرض النفسى بين كل الشعوب تتشابه، ولايوجد اختلاف فى انتشارها بين البلاد النامية أو الصناعية ، ولكن قد تختلف المظاهر المرضية .

فقد وجد أن ٣٠ ٪ من مجموع السكان يعانى من أزمات واضطرابات نفسية، ويلجأ للعلاج الشعبى أو للممارس العام حوالى ٢٠ ٪ من هؤلاء المرضى، ولايستطيع الممارس العام المدرّب تشخيص أكثر من ١٠ ٪ على أنها حالات نفسية ويلجأ للطبيب النفسى حوالى ٢,٣ ٪ ولايدخل المستشفى النفسى أكثر من ٠,٥ ٪ وهذا يعنى أن غالبية المرضى النفسيين يعالجون عند الطبيب العام أو الباطنى ؛ ولذا يجب الاهتمام بالتعليم الطبى لفرع الطب النفسى ، وتوعية الممارس العام لعلاج هذه الفئات من المرض .

﴿ لَقَدْ خَلَقْنَا الإِنسَانَ فِي كَبَدٍ﴾ [البلد : ٤]

لقد ثبت أن العلم وحده عاجز عن إسعاد الإنسان ... ترى هل يسترد الإنسان سعادته وتغمره السكينة إذا عاد إلى الإيمان ؟

وتشير الأبحاث والتوقعات المستقبلية إلى احتمال زيادة الاضطرابات النفسية والعقلية فى القرن الحادى والعشرين خاصة القلق ، والاكتئاب والاعتماد على المواد المهدئة ؛ نظراً لكروب الحضارة ، وسرعة الإيقاع ، وتغلب المادة على الفكر، والذاتوية المفرطة ، وتقلص روح الجماعة ، وعبثية الانتماء ، وأزمة الهوية الإنسانية ، واهتزاز نزعة الإيمان ، ومحاولة الإنسان المستمرة للهروب من هذا الخضم من المشقات والكروب بطرق مختلفة ؛ حتى يتسنى له عبور المرحلة الحياتية لينعم بعدها بالطمأنينة والراحة الأبدية .

أ.د. أحمد عكاشه

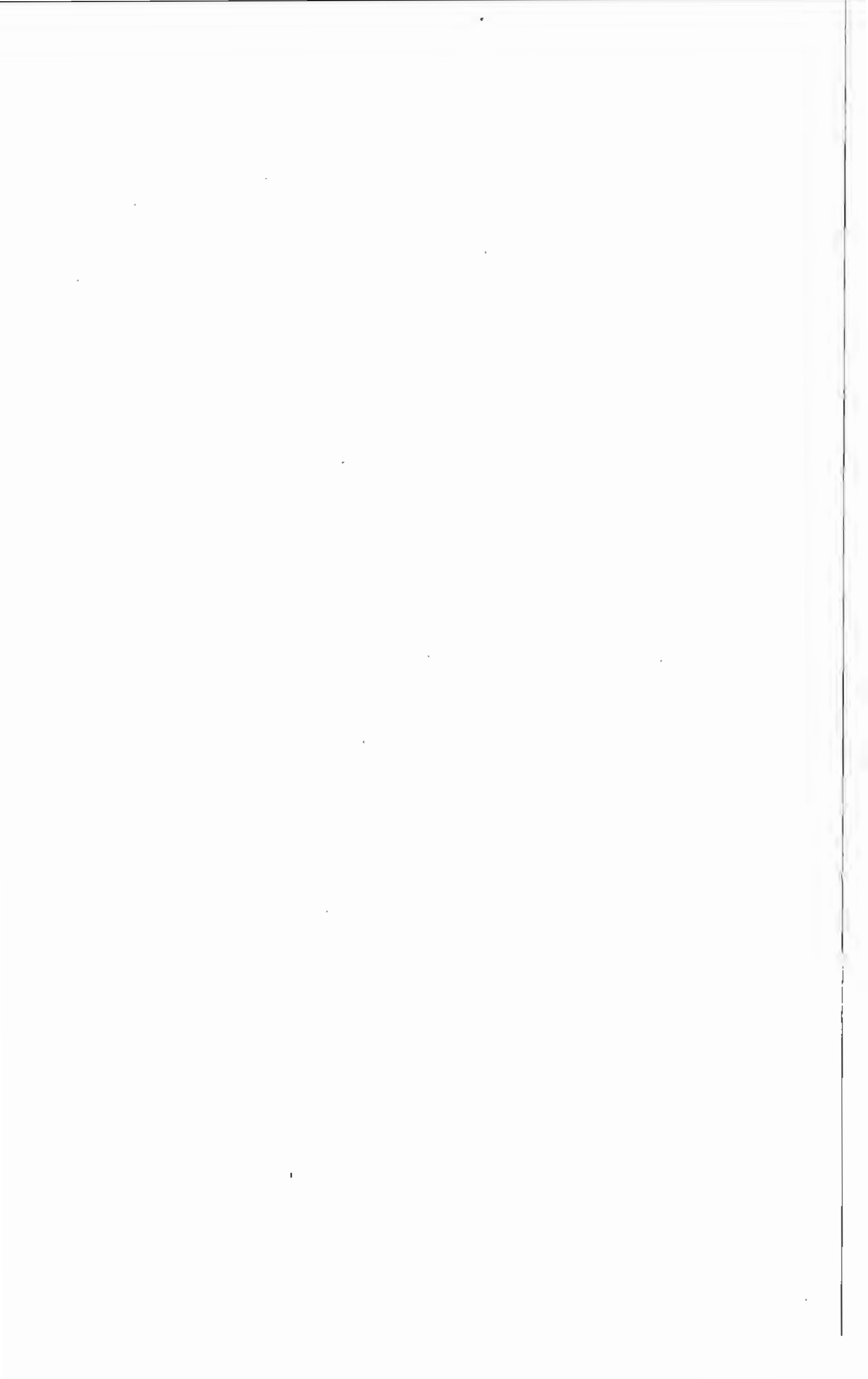
أ.د. طارق عكاشه

القاهرة ٢٠١٠

١

تطـور مفهوم المرض النفسى والعقـلى
من العصـــــر الفرعـــونى حتى الإســـلام

عرف المرض العقلى بصور مختلفة من قديم الزمان ، غير أنه لم تجر أية محاولات جديدة لدراسته وفهمه إلا من وقت قريب نسبياً، إذ كانت تكتنف هذه الدراسة صعوبة كبيرة ، نظراً لطبيعة المرض المعقدة ، ولعدم اهتمام مهنة الطب به ، بل ولتحيز الشعور العام ضده ، ولذا كان التقدم فى هذا الفرع من الطب بطيئاً ؛ وبالتالى غير لافت للنظر قبل بداية القرن الحالى.



عرف المرض العقلي بصور مختلفة من قديم الزمان، غير أنه لم تجر أية محاولات جديدة لدراسته وفهمه إلا من وقت قريب نسبيّاً ، إذ كانت تكتنف هذه الدراسة صعوبة كبيرة ، نظراً لطبيعة المرض المعقدة، ولعدم اهتمام مهنة الطب به ، بل ولتحيز الشعور العام ضده ، ولذا كان التقدم في هذا الفرع من الطب بطيئاً، وبالتالي غير لافت للنظر قبل بداية القرن الحالي .

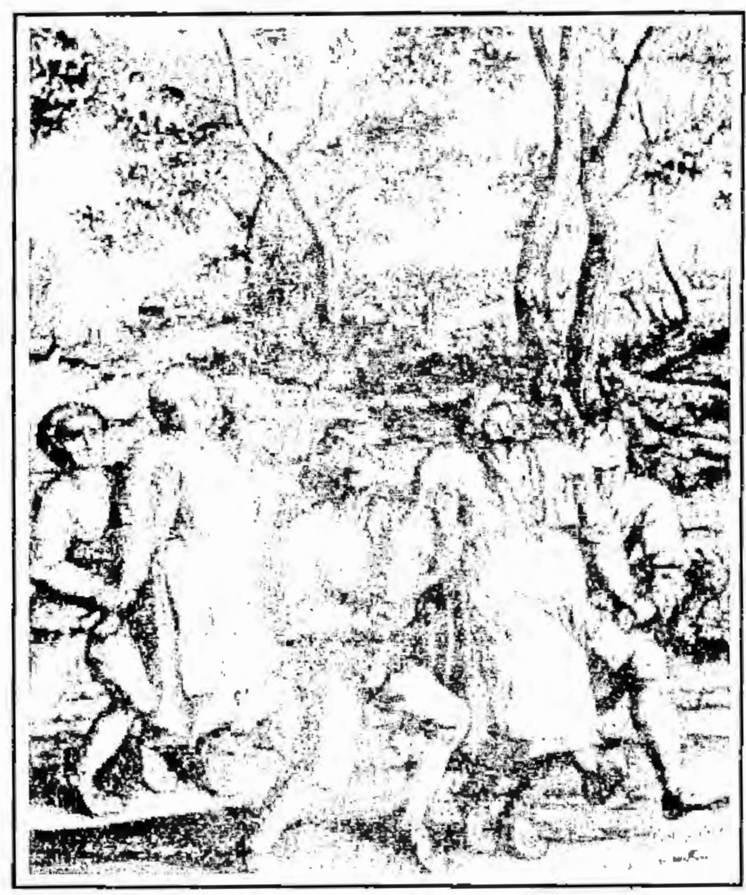
وقد درج المؤرخون عن المرض العقلى والطب النفسى على الإشارة بحكم العادة إلى ماورد فى شعر وأساطير الإغريق عن نوبات هياج ، أو جنون تصيب من كان يطلق عليهم تعبير الأبطال ، ولكنه يبدو مستحيلاً فى الوقت الحاضر تكوين أى رأى محدد عن ماهية تلك الحالات بالنسبة للمرض العقلى ، حسب مفاهيمه الحالية ، ومن ناحية أخرى .. فقد احتوت أوراق البردى المصرية القديمة على بعض إشارات عن الاضطرابات العقلية ؛ إذ فى حوالى سنة ١٥٠٠ قبل الميلاد ذكرت فى تلك الأوراق – على سبيل المثال – ملاحظات عن تغيرات مرحلة الشيخوخة ، تتضمن الاكتئاب وضعف الذاكرة .

وربما كانت هذه الملاحظات قد بنيت فى ذلك الماضى البعيد على أساس من المشاهدات التشريحية وأيضاً النفسية ، خصوصاً وقد أثبت أحد علماء التشريح الحديثين وجود تصلب فى شرايين المخ داخل جماجم بعض المومياءات المصرية . على أن أولى الحالات الحقيقية للمرض العقلى قد وردت فى كتب العهد القديم ، بما فيها التوراة حيث ذكر فيها مثالان شهيران على الأقل من تلك الحالات ، إذ جاء اسم «شاؤول» الذى كان يظن أن المرض العقلى أصابه بواسطة روح شريرة أرسلها الله إليه ، والذى دفعه ما يعانيه من اكتئاب إلى أن يطلب إلى خادمه أن يقضى عليه . وعندما رفض الخادم إجابة هذا الطلب لجأ إلى الانتحار ، كما جاء أيضاً اسم نبوخذ نصر ، وهو الملك الذى أعاد بناء بابل ، والذى كان يعانى بعد ذلك من هذاء معتقد وهمى ، مضمونه أنه انقلب إلى ذئب مفترس .

وقد كان الصرع هو المرض المعروف بصفة خاصة بين الأمراض العقلية لدى القدماء ، حيث كانوا يطلقون عليه اسم المرض المقدس أو الإلهى ، وكان قمبيز ملك إيران من الأمثلة البارزة للمصابين به ، غير أن أبقراط باستبصاره المعهود اعترض على نسبة هذه القدسية أو الألوهية إلى المرض ، وأبدى أنه ككل الأمراض الأخرى ينشأ عن سبب طبيعى ، وأن الناس إنما يخلعون عليه تلك الصفة تغطية لجهلهم .



استئصال الروح الشريرة من المخ (بروخل)



مرضى الصرع (بروخل)

ثم أخذ الإغريق بعد قرون عديدة عن قدماء المصريين ، وطبقوا طرقهم فى العناية بمرضى العقل وعلاجهم ، ثم أضافوا عليها بعد ذلك من جهدهم الخاص . وربما كانت أول إشارة إلى ذلك هى ماجاء فى كتاب الجمهورية لأفلاطون ؛ إذ نصح بألايظهر أى مصاب بالمرض العقلى فى طرقات المدينة ، بل يقوم أقاربه بملاحظته فى المنزل بقدر إمكانهم ومعرفتهم ؛ بحيث يتعرضون لدفع غرامة إذا ما أهملوا فى أداء هذا الواجب .

وفى عهد أبقراط جرت العادة على أن يتردد المصابون بالمرض العقلى على معبد معين ؛ حيث كانت تقدم القرابين وتقام الصلوات والابتهالات ، وجاء فى إحدى رسائل ديمقريطوس إلى أبقراط أن أحدى النباتات المعروفة بمفعولها الإسهالى الشديد مفيد لهؤلاء المرضى . بينما كان يوصف لمرضى الصرع التعازيم والطقوس التطهيرية ، وكان يظن أيضاً أن الإصابة بالبواسير والدوالى تفيد فى تخفيف الاضطراب العقلى .

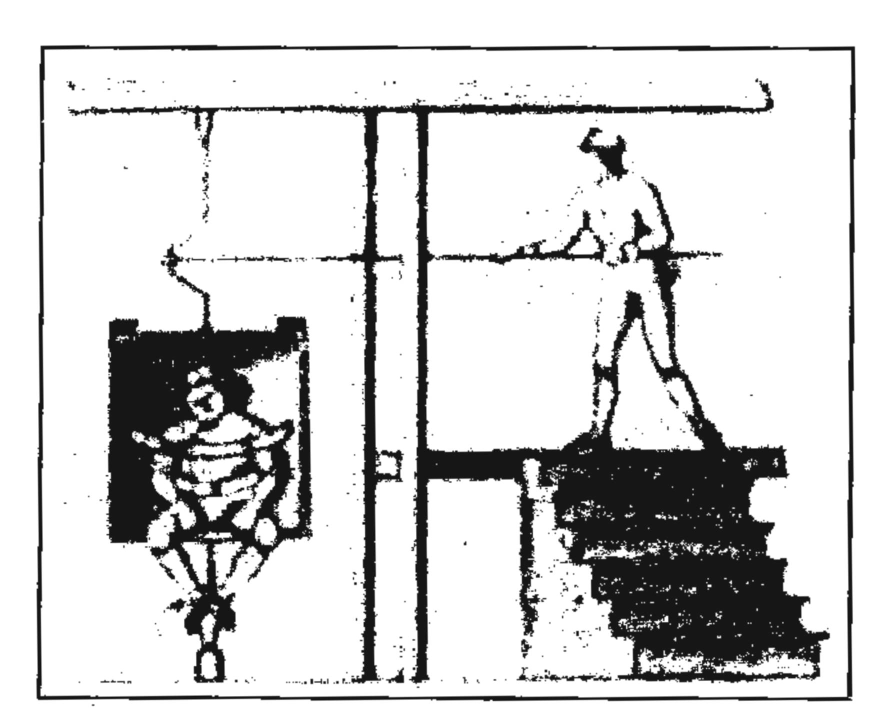
وفى مستهل العصر المسيحى ، دعا أحد العلماء الإغريق إلى استخدام طريقتين

متباينتين لعلاج مرضى العقل ، ففى حين أنه كان من ناحية يجد نفعاً فى استعمال التجويع والتقييد بالأغلال والجلد بالسياط ، على زعم أن هذه الوسائل تجعل المريض الممتنع عن الطعام يعود إلى تناوله ، وتؤدى إلى إنعاش الذاكرة ، إلا أنه من ناحية أخرى كان يعترض على استخدام الفصد ومكمدات الأفيون والبنج ، ويؤكد ضرورة عمل كل مايمكن لتسلية المصاب بالاكتئاب وعلاجه بوسائل الرياضة البدنية والموسيقى والقراءة بصوت عال وسماع هدير المياه عند تساقطها ، وأوصى عالم آخر بالغذاء السخى والاستحمام والمكمدات للمرضى العقليين ، بينما كان ثالث يهيئ لمرضاه كل الظروف الملائمة من الضوء ، ودرجة الحرارة والهدوء وإبعادهم عن كل مايثير ، ويوفر لهم وسائل التسلية والترفية مع عدم استعمال وسيلة التقييد إلا بحذر وعند الضرورة .

وفى القرون الوسطى ترك علاج المرض العقلى فى أوروبا فى أيدى رجال الدين ، فشاعت المعتقدات الخرافية عن فاعلية السحر ، وغيره ، ثم أنشئت أماكن لحجز المصابين بالمرض ، لم تكن فى غالبيتها تستوفى الشروط الصحية ، بل كان المصابون بالمرض يتعرضون للمعالجة السيئة ، وأخفها التقييد بالأغلال المثبتة بالحوائط لفترات قد تصل إلى عشرات السنين ، وكانت هذه الأماكن أو الملاجئ بعيدة عن المستشفيات المعتادة ؛ مما أدى إلى فصل المرض العقلى عن الأمراض الأخرى ، مما ساعد على الركود فى الأبحاث الخاصة به ، وعلى افتقار التقدم فى هذا الفرع من الطب ، ويعتبر هذا العصر الفترة المظلمة فى تاريخ الطب النفسى .



التعذيب، فى غلايات فى القرون الوسطى بأوروبا



العلاج بالدوران السريع فى القرون الوسطى

لقد كان مفهوم المرض عند الأقدمين مختلفاً تماماً عن مفهومنا له ، ذلك أنهم لم يتعرفوا على المرض العقلى كما نعرفه نحن اليوم ، كما لم يكن هناك فصل بين أمراض الجسم وتلك الخاصة بالعقل ؛ لقد كان للمرض بالنسبة لهم مفهوماً أحادياً وكانت الأمراض على كافة أشكالها تفسر غالباً على أساس التملك ، من قبل أرواح شريرة ، خاصة الأمراض العقلية منها .

لقد ساهمت أبحاث علماء التطور وعلماء طب نفس الأجناس فى فهمنا لطبيعة المرض العقلى ، فلقد اعتبروا أن بعض الظواهر السلوكية التى تعتبرها بعض المجتمعات حالات مرضية لاتتعدى أن تكون خبرات طبيعية ، إذا ماوضعت فى إطار مجتمعها ، على سبيل المثال : الإحساس بالاضطهاد لدى الدوبان ، العظمة لدى كواكونيل ، الهلاوس لدى موهافير وتاكالا ، وحالات النشوة لدى السيبريين والزولو ، وينطبق الشيء نفسه على الجنسية المثلية والاستبدال الجنسى للزى .

ويمكننا القول أن مفهوم المرض عامة والمرض العقلى خاصة قد مر بثلاث مراحل عبر العصور :

(١) المرحلة السحيقة فى التاريخ ، والتى اعتمدت بشكل مطلق على الخبرة الخاصة ويعكسها بالأساس أقدم تاريخ طبى متوافر ، وكان ذلك فى مصر القديمة وبدرجات أقل فى الحضارات الآشورية والبابلية والصينية والهندية .

(٢) الحقبة اليونانية العربية والتى اعتمدت على الخبرة الإكلينيكية والتجريبية ونبدأ بجاليتوس وأبوقراط ثم تم ترجمتها وتطويرها وتجديدها بواسطة العرب ، وخاصة الرازى وابن سينا ، لقد كان عصر النهضة عصراً مليئاً بالتناقضات العميقة ؛ إذ نجد الاضطهاد الذى لايعرف الرحمة لمن فقد عقله ، وكأن المريض تمتلكه أرواح شريرة ، جنباً إلى جنب مع علامات التعاطف مع هؤلاء الذين يعانون من الاضطرابات العقلية .

ولم يعبر هذا التعاطف عن نفسه من خلال المواقف والكتابات فحسب، وإنما كذلك من خلال بناء المؤسسات للمرضى العقليين خاصة فى إسبانيا أثناء العصر الذهبى للطب والحضارة ، حيث كان للإسلام تأثيراً فعالاً – لقد أقيمت أولى المستشفيات العقلية فى أوروبا فى أشبيلية (١٤٠٩) ساراجوسا وفالنسيا (١٤١٠) برشلونة (١٤١٣) وتوليدو (١٤٨٣) ولكن قبل ذلك بفترة طويلة كانت هناك مستشفيات عقلية فى بغداد (٧٠٥) القاهرة (٨٠٠) دمشق وحلب (١٢٧٠) .



Brain operation in ancient times
عمليات فتح المخ في العصور السابقة

(٣) العصر الحديث ويستند إلى المنهج العلمى والبيولوجى .

المرض العقلى فى العصر الفرعونى القديم :

لم تشر ألقاب الأطباء فى العصر الفرعونى إلى مايفيد وجود تخصصات فى الأمراض العقلية ، على الرغم من وجود ذكر للأعراض النفسية والعقلية فى كثير من الملاحظات الإكلينيكية المدونة ، خاصة فى «كتاب القلب» (آبل ، ١٩٣٧) ، وفى ترجمة آبل لبردية «ابرز» جاء ذكر كلمتى القلب والعقل فى أربعة عشر وصفة طبية ، ولكن يجب أن ننوه هنا إلى أنه حين نترجم كلمة «اب» إلى عقل ، وكلمة «هى تج» إلى قلب ، يشير جرابو (الجزء الرابع) إلى الكلمتين «بالقلب» ، ومن هنا يبدو أن القلب والعقل كانا يعنيان الشيء نفسه فى مصر القديمة .

كان معبد النوم أو معبد الكمون أحد الأساليب العلاجية النفسية المستخدمة فى مصر القديمة ، وكان يرتبط باسم امحتب أول طبيب معروف فى التاريخ ، وكان اى - ام - حو - تيب (ذلك الذى يأتى فى سلام) الوزير طبيباً لزوسر الفرعون ، الذى بنى هرم سقارة فى ٢٩٨٠ - ٢٩٠٠ قبل الميلاد ، وكانت تتم عبادته فى ممفيس ، وقد شيد معبداً على شرفة فى جزيرة فيلة ، وكان المعبد مركزاً نشيطاً للعلاج بالنوم ، حيث اعتمدت دورة العلاج بقدر كبير على مظاهر ومضمون وتغير الأحلام ، التى كانت بالضرورة تتأثر تأثراً بالغاً بالمحيط النفسى والدينى للمعبد ، وبالثقة المطلقة فى القوى الخارقة للعادة للكهنوت، وبالعمليات الإيحائية التى كان يقوم بها المعالجون المقدسون (بعشر ، ١٩٧٥) ، كذلك تم العلاج بالأعشاب واحتمال استعمال نبات الأفيون .

لقد تم التعرف على الممارسات الطبية فى مصر القديمة من عدة برديات طبية، المتوافر منها هو التالى :

(١) بردية كاهون (١٩٠٠) قبل الميلاد :

وهى غير مكتملة ومجزأة ، وتتناول الحالات المرضية المترتبة على استقرار الرحم.

(٢) بردية «ابرز» (١٦٠٠ قبل الميلاد) :

وهى أضخم وثيقة طبية مصرية ، وقد تم ترجمتها بواسطة ب. آبل (كوبنهاجن : ليكسيم ومنسك جارد ، ١٩٣٧) .

(٣) بردية أدوين سميث (١٦٠٠ قبل الميلاد) :

وتتناول أساساً المسائل الجراحية .

(٤) بردية هرست :

وتشبه بردية ابر .

(٥) بردية برلين الطبية (١٢٥٠ قبل الميلاد) :

وتتضمن وصفات طبية غير منظمة .

(٦) بردية لندن الطبية (١٣٥٠ قبل الميلاد) :

وتتضمن تعاويذ ضد مختلف الأمراض ، وعدداً محدوداً من الوصفات الطبية.

الهستريا (بردية كاهون عن الرحم) :

تتناول أقدم هذه البرديات بالتحديد موضوع الهيستيريا ويشتق هذا اللفظ من هستيرون باليونانية وتعنى الرحم ، وتعرف هذه البردية باسم بردية كاهون ، تبعاً للمدينة المصرية القديمة التى وجدت بين أطلالها . ويمتد تاريخها إلى عام ١٩٠٠ قبل الميلاد ، وهى ليست كاملة ؛ إذ لم يعمر منها سوى بعض الأجزاء ، وهى تتضمن وصفاً دقيقاً لعدد من الأمراض ، يمكن بسهولة معرفة أن كثيراً منها يندرج اليوم تحت بند الاضطرابات الهيستيرية، كما تتضمن سرداً لبعض الحالات النموذجية «امرأة لاتغادر السرير ، فلاتنهض ولاتهزه» ، امرأة أخرى «تعانى من علة الإبصار وآلام فى العنق» ، امرأة ثالثة «تعانى من آلام فى أسنانها وفكيها ، ولاتقدر على فتح فمها ، وأخيراً «امرأة تعانى من كل أطرافها ومن آلام فى العينين» .

وقد كان الاعتقاد عندئذ أن هذه الاضطرابات وأخرى مثلها تأتى نتيجة «لمجاعة»، أو جفاف الرحم، أو انتقاله من مكانه بحثاً عن الرطوبة ؛ مما يترتب عليه تراكم الأعضاء الأخرى الواحد فوق الآخر ، ولجذب الرحم مرة أخرى إلى مكانه كانت الأعضاء التناسلية إما أن تدهن بمواد باهظة الثمن وحلوة الرائحة ، أو أن يتذوق المريض مواد سيئة الطعم ، أو يشم مواد عفنة الرائحة ؛ لطرد الرحم ودفعه بعيداً عن الجزء الأعلى من الجسم ، حيث أعتقد الناس وجوده فى حالات المرض ، أو أن يتعرض الرحم لأنواع من الأبخرة، التى تبعده أو تجذبه إلى مكانه. ولانبالغ إذا قلنا إن هذه الأساليب الإيحائية كانت وما زالت تتبع إلى وقت قريب فى علاج الهستريا .

بردية إبرز (١٦٠٠ ق.م) : محاولة علمية لعلاج المرضى .

الاكــتئاب :

لقد وصف الاكتئاب فى كثير من الروايات ، وسوف نعرض فى التالى لوصفين منهما (غليونجى ١٩٦٣-١٩٨٣) : «لقد رفع ملابسه ورقد ، لايدرى أين هو .. أما زوجته فقد مدت يدها تحت ثيابه وقالت «يا أخى لا أشعر بالحمى فى صدرك أو أطرافك ، ولكنه الحزن فى قلبك» ، أما اليأس فى أظلم أشكاله فينعكس فى المقتطف البائس التالى : «الآن .. الموت بالنسبة لى كالصحة للمريض ، كرائحة زهرة اللوتس ، كرغبة الرجل فى أن يرى داره بعد سنوات من الأسر» .

الانتحـــار :

إن تدمير الجسد «بدلاً من تحنيطه طبقاً للتقاليد وتغذيته بالقرابين ، كان يترتب عليه أن تفقد الروح ذلك المكان الذى يجب – طبقاً للمعتقدات المصرية – أن تعود إليه

فى كل ليلة ليعاد تجديدها ، ثم لتولد من جديد مع شروق شمس اليوم التالى ... وهكذا حتى تنعم بالخلود ، إن هذه العملية تتضمن جوهر القيم المصرية القديمة؛ فالمصريون كانوا يؤمنون أن ليست الروح (با) فحسب ، وإنما كذلك الجسم كله بكامل أعضائه (القلب ، الكبد ، الكليتين ... إلخ) يقع تحت مسئولية الآلهة ، وأنه المكان الذى يحتضن القوى المقدسة إلى درجة أن يصبح الطعام والشراب واجبين للإنسان من أجل هذه القوى المقدسة ، وبالتالى يصبح السؤال ما إذا كان الانتحار خطيئة أو جريمة خالدة العقاب ، لايمكن التكفير عنها غير ذى معنى ، ذلك أن مجرد الحفاظ على الجسد من خلال تحنيطه وتغذيته بالقرابين يعد كافياً للحفاظ على حياة الروح .

الشخصية :

اعتقد الفراعنة فى ترابط الشخصية بحجم ولون القلب ، وقد نبع مانردده الآن باللغة العربية أو أى لغات أخرى من المعتقدات المصرية ، مثل «قلبه أسود» أو «أبيض» أو قلبه «كبير» ، فالقلب عند الفراعنة هو مركز ومربط الشخصية والأمراض النفسية ، وذلك يتضح فى كتاب القلب ببردية «إبرز» .

أسباب الأعراض النفسية :

(١) فى سبع ملاحظات كان مسار الأعراض يشير إلى أسباب وعائية دموية .

(٢) التلوث .

(٣) مواد برازية .

(٤) الأسباب غير معلومة .

(٥) السبب غامضاً ، مشاراً إليه ب «أ – أ – أ» .

(٦) لم يذكر السبب .

(٧) وفى حالتين فقط قيل إن السبب يعود إلى مسائل شيطانية أو روحانية .

وتحت هذه الأسباب ، نجد اضطرابات فى التفكير والانفعالات والسلوك ، واضطرابات ذهانية تتشابه مع اضطرابات شكل التفكير وفقر التفكير ، والسكون والهياج والنسيان .. إلخ ، والتى يمكن أن نطلق عليها اليوم أسماء مثل الفصام أو الكتاتونيا (الجامود) أو الخرف .

ولتلخيص ماسبق .. يمكن أن نقول إن مصر القديمة عرفت مفهوم الاضطرابات الهيستيرية ، وعزتها إلى حركة الرحم ، قبل أن يصفها أبى قراط بزمن طويل تحت مصطلح هستيريا ، وقد كان التعامل العلاجى مع هذا

الاضطراب ذا أساس جسدى أكثر منه غيبى ، كذلك تضمنت بزدية «إبرز» فى كتاب القلب وصفات تفصيلية للاكتئاب والخرف والسبات الحركى والسلبية وحالات الهذيان تحت الحادة واضطرابات التفكير مثل تلك الموجودة فى الفصام، وقد كان القلب والعقل مترادفين ، وقد أرجعت أسباب كل هذه الحالات إلى أسباب وعائية وتلوث ومواد برازية والمادة السامة المسماة أ – أ–أ، وفى حالتين فقط ، أعزيت الأسباب إلى عوامل روحانية .

ومن هنا يمكننا استنتاج أن مفهوم المرض العقلى فى مصر الفرعونية كان مفهوماً أحادياً ، وأنه رغم الحضارة الغيبية .. فإن المرض العقلى كان يؤول إلى أسباب جسدية ، ويعالج علاجاً جسدياً ونفسياً (مستنداً إلى السحر والدين) .

المرض العقلى فى العصر الإسلامى :

إذا بحثنا فى توجه الإسلام للتعامل مع المرض العقلى ، لوصلنا إلى مصدرين أساسيين يشكلان هذا التوجه ، هما :

(١) لم تستخدم كلمة «مجنون» فى القرآن للإشارة إلى الشخص الذى فقد عقله أو الشخص الذهانى ، بل جاء ذكرها خمس مرات فى القرآن تفسيراً لكيفية إدراك الناس للرسل والأنبياء .

(٢) وقد ذكرت كلمة الجنون فى القرآن فى وصف ما يلاحظه الناس على كل الأنبياء من شذوذ عن المعتاد وبعد عن المألوف ، حين يبدأون دعوتهم التنويرية، وقد اقترنت الكلمة أحياناً بالسحرة أو الشعراء أو العلمانيين ، وبشكل ما نجد أن هناك مضموناً إيجابياً للجنون ، يزعزع النظرية المضادة للطب النفسى فى تفسيرها للجنون ، والتى ازدهرت فى منتصف الستينيات .

ويرجع أصل كلمة «مجنون» إلى كلمة «جن» ، وكلمة «جن» فى العربية لها مصدر واحد مع عدد من الكلمات الأخرى ذات المعانى المختلفة ، ويمكن استخدامها للإشارة إلى الشيء المستتر أو الخفى ، كالستار ، والدرع ؛ فالجن أحد مخلوقات الله الخفية المستترة ، والجنين مستتر داخل الرحم ، والجنة خفية لايمكن إدراكها ، والمجنون ستار على عقله .

ولايجوز أن نخلط بين الاعتقاد الخاطئ الحالى بأن المجنون هو من مسه الجن، ومفهوم العصور الوسطى عن الجنون ؛ فالجن فى الإسلام ليس بالضرورة شيطاناً ؛ أى ليس بالضرورة مرادفاً للروح الشريرة ، دائماً بل هو روح خارج دائرة قوانين الطبيعة المحسوسة ، أقل منزلة من الملائكة ، فبعض الجن مؤمن ويستمع إلى القرآن ويساعد

فى اتجاه العدالة الإنسانية ، وحيث إن الإسلام ليس موجهاً للبشر فقط ولكن إلى العالم الروحانى بأكمله ؛ مما أثر على مفهوم المرضى العقليين والتعامل معهم ، فحتى إن تملكهم الجن مجازاً فإن هذا الامتلاك قد يكون من قبل الأرواح الخيرة أو الشريرة ، ومن ثم فلا مجال هنا لتعميم العقاب أو صب اللعنات أو تعذيب المرضى .

وإلى جانب النظرة إلى الجنون باعتباره مسّاً من الجن ، نجد نظرة أخرى إيجابية حيث ينظر الناس إلى فاقد العقل باعتباره شخصاً مبدعاً ، خلاقاً ، جريئاً فى محاولته لإيجاد بدائل لنمط الحياة الساكن ، وبهذا المعنى فقط ، وجهت تهمة الجنون إلى النبى محمد ﷺ والأنبياء الآخرين . ونجد الفكرة ذاتها فى المواقف المختلفة من عدد من الغيبيات المعينة مثل الصوفية ، حيث دفعت خبرات التمدد فى الذات والوعى إلى نعتهم بالجنون ، كذلك فإن مذكرات بعض الصوفية تعكس حدوث بعض الأعراض الذهانية ، وكثير من المعاناة العقلية التى يعانون منها فى طريقهم إلى خلاص النفس .

أما المفهوم الثالث للمرض العقلى ، فهو نتيجة لعدم الانسجام أو ضيق الوعى الذى يتعرض له المؤمنون ، ويرتبط بتزييف طبيعة تكويننا الأساسى (الفطرة) وكسر انسجام وجودنا بواسطة الأنانية أو الاغتراب ، الممثل جزئياً فى افتقاد الاستبصار المتكامل ، ويمكننا أن نفهم هذا المستوى أكثر إذا كان على معرفة بروح الإسلام ، كأسلوب وجودى للحياة والتصرف والارتباط بالطبيعة والاعتقاد الدفين فيما وراء الحياة ، والذى لايجب بالضرورة أن يكون ما فوق الطبيعة .

ويعتمد المفهوم السائد عن المرض العقلى فى مرحلة معينة على ما إذا كان الفكر الإسلامى المهيمن فى تلك المرحلة يتميز بالتطور أو التأخر ؛ فعلى سبيل المثال نجد أن المفهوم السائد فى مراحل التأخر هو ذلك المفهوم السلبى، الذى يعتبر المريض العقلى ممسوساً بأرواح شريرة ، فى حين أن مراحل التنوير والإبداع ترتبط بهيمنة مفهوم اختلال الانسجام مع المجتمع ... إلخ .

ولكى نفهم هذه الأبعاد الثلاثة لمفهوم المرض العقلى فى الإسلام ، وهى :

(أ) المس .

(ب) التجديد والتمدد فى الذات .

(جـ) اختلال الانسجام أو ضيق الوعى .

يجب أن نلم بالمزايا التى تتمتع بها الفلسفة الإسلامية ، وهى:

(١) العلاقة المباشرة مع الإله دون الحاجة إلى وسيط ؛ مما يجعل علاقة المسلم بالله علاقة مباشرة ملهمة ، واثقة .

(٢) نظرة واقعية عملية لاحتياجات الجسد والروح ، ذلك أن الانعزال والنكوص والزهد والتطهر المثالي ليست من دعائم الإسلام .

(٣) هارمونية الفروض والطقوس مع الإيقاع البيولوجى الدورى ، مثل :

الصلاة ، الصيام ، الوضوء والهرولة بين الصفا والمروة .. إلخ .

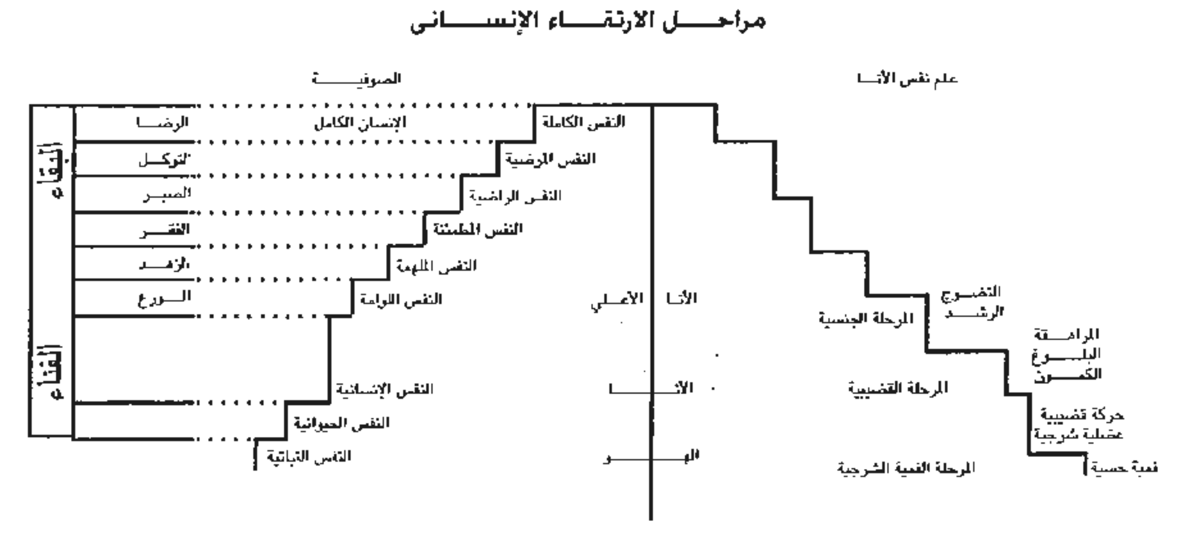
(٤) الاعتقاد فى البعث والآخرة ، وهو ما يفتح الباب لبحث لانهائى فى معرفة وخلق الزمن والذات .

(٥) حرية إبداعية غير محدودة ، تعيد تشكيل مستويات جديدة من الوعى .

لقد ذكرت النفس ١٨٥ مرة فى القرآن كمصطلح عام للوجود الإنسانى كجسد وسلوك ووجدان وتصرف ، أى كوحدة نفسجسمية كاملة .

ولقد وجدنا توازناً مثيراً بين مراحل التطور البشرى السبع كما ذكرت فى الصوفية والتطور النفسجنسى طبقاً لفرويد ، وكذلك النفس اجتماعى طبقاً لأريكسون ، كلاهما (الأخيران) ينتهيان دون ماوصلت إليه الصوفية (شريتى ١٩٨٥) .

سبع مراحل على طريقة الصوفية (مقامات)



أعمار الإنسان الثمانية تباعاً

لقد ارتبط ظهور الإسلام بتغييرات جذرية فى سلوك العرب ، ولقد شاع أن تعرّف مرحلة ماقبل الإسلام بعصر الجاهلية ؛ ذلك أن تلاشى الحضارة العربية القديمة والتى استمرت مايتجاوز ألفى عام ، وامتدت إلى عصور الآشوريين والبابليين، جعل الناس ينظرون إلى المرض العقلى تحديداً باعتباره نتيجة للأرواح الشريرة والجن .

لقد دفع القرآن باعتباره قانوناً دينياً جديداً ، بالمسلمين إلى أسلوب جديد فى الحياه استبدل بشكل جذرى النمط الحضارى للفترة السابقة عليه ، ولسنا هنا فى حاجة للتأكيد أن القرآن ليس بمرجع طبى ، ولايجوز قياسه بالقياسات الأكاديمية الحديثة ، ولكن من وجهة نظر الطب النفسى نجد دلالة تاريخية مهمة فى ذلك الجزء من القرآن، الذى يتناول تفسير يوسف لحلم فرعون عن السبع بقرات الممتلئات والسبع بقرات النحيفات ، وكذلك نجد القرآن دقيقاً حازماً بشأن بعض المشكلات الطبنفسية مثل الانتحار ؛ إذ يقرر بوضوح أن لاتقتلوا أنفسكم ، ذلك أن الله رحيم بكم . وقد وجدت لهذا النهى أهمية كبيرة فى الوقاية من الانتحار ، كذلك نجد أن نسبة إدمان الخمر منخفضة فى البلدان العربية ، ولايخلو ذلك من دلالة أن منع النبيذ جاء فى القرآن على مراحل تدريجية ، إذ ينص بداية على أن «لاتقربوا الصلاة وأنتم سكارى»، ثم يليه مايفيد أن الخمر هى رجس من عمل الشيطان ، ثم أخيراً النهى عن الخمر تماماً .

وتركزت فلسفة النهى فى أن احتساء الخمر والمقامرة كليهما يؤديان إلى العداوة والكراهية بين الناس ، ويلهيهم عن الصلاة ، وقد امتد تحريم الخمر فيما بعد بالقياس ليتناول المسممات والمخدرات الأخرى .

كذلك نجد أن الحوار التفصيلى بين النبى لوط وشعبه مثال على الدعوة الواضحة لمحاربة الجنسية المثلية .

وسنتعرض باختصار إلى عدد من الموضوعات الأخرى المرتبطة بالصحة النفسية ، فهناك عديد من الآيات القرآنية التى تشير إلى الزواج والطلاق والرعاية الأسرية والتبنى والأيتام والنساء والزنا والدعارة والأبوة والمسئولية الشخصية ، وموضوعات أخرى متعددة ، تتضمن مبادئ محددة حول الواجبات الأخلاقية والمدنية التى تحكم العلاقات الإنسانية .

وقد كان لتركيز الرسول (ﷺ) على العلاقة بين العوامل النفسية والأمراض

الجسمية أهمية خاصة ، وقد اتضح ذلك جلياً في قوله مايفيد بأن الكروب المتراكمة تؤثر على وظائف الجسد .

وقد كان لتعاليم المعالج الكبير ابن الرازى أعمق الأثر على الطب العربى وكذلك الطب الأوروبى ، ومن أهم كتاباته «المنصورى» وكتاب «الحاوى» . ويتكون الكتاب الأول من عشرة فصول ، تتضمن وصفاً لأنواع الأمزجة المختلفة ، ويعتبر دليلاً متكاملاً فى مجال الخلقة تدل على الخلق ، أما كتاب «الحاوى» فيعتبر أكبر موسوعة طبية أصدرها طبيب عربى ، وقد تم ترجمتها إلى اللاتينية عام ١٢٧٩ ، ونشرت فى عام ١٤٨٦ ، وتعتبر أول كتاب إكلينيكى يعرض الشكاوى والعلامات والتشخيص المفارق والعلاج المؤثر للمريض .

وبعدها بنحو مائة عام ، ظهر كتاب القانون لابن سينا ، والذى يعتبر كتاباً تعليمياً يتميز بالتصنيف الأفضل والترتيب الذهنى والتوجه المنطقى ، وقد قدر له أن يمثل أساس التعليم الطبى فى أوروبا لعدة قرون . وقد جاء بعد «القانون» فى الطب لابن سينا عملاً آخر لايقل روعة ، ألا وهو كتاب «الملكى» لعلى عباس الذى يعتبر مثل «الحاوى» للرازى عملاً خالداً فى مجال التنظير والممارسة فى الطب .

يقدم د. محمد كامل حسين ود. عبدالحليم العقبى فى كتابهما عن «الحاوى» للرازى كالآتى :

الماليخوليا والمراقية والشراسفية :

هذا باب جيد وأسلوبه واضح وضوحاً يدل على ثقة المؤلف بما يعرف عن هذه الأمراض وفى وصفه لعلاماتها دقة وجلاء ، تتميز بها أعراض كل من هذه الأمراض ، رغم مافيها من تقارب شديد ثم هو بعد ذلك حسن العلاج ، وقوله إنه أبرأ قوماً بنصيحة واحدة ليس بعيداً عن الصواب .

ويعجبنا أنه يفرق بين فساد الحس مع صواب الحكم ، وصواب الحس مع فساد الحكم ، وكذلك يروقنا قوله إن المراقية تشبه الماليخوليا .. إلا أن اختلاط الذهن فيها أقل . وعلاجه لهذه الحالات أكثره بالإقناع والشراب الجيد والتماس أسباب الفرح والسرور ، والانشغال بأمور عملية . وهو يذكر أحياناً أنه يعالج المريض بحل فكره .. وكل هذه علاجات لاتزال صادقة إلى يومنا هذا ، ورأيه أن أكثر أسباب الماليخوليا هو الفراغ ، قول يجب أن يتدبره كل إنسان مريضاً كان أو معالجاً .

والظاهر أن الأمراض النفسية ظلت على ماهى عليه من قديم الزمان ، وهو

يذكر أنواعاً من الخوف الزائد عن الحاجة ومنها الخوف من الظلام وهذه ظاهرة أزلية أبدية .

ونرجو أن يروض القارئ الحديث نفسه على قبول الشروح القائمة على الأخلاط ، ومازالت الماليخوليا يعبر عنها فى كثير من اللغات بنسبتها إلى المرة السوداء أو الطحال ، وكلمة الماليخوليا نفسها معناها المرة السوداء .

تصور القدماء أن هذه المرة تنصب من الطحال إلى المعدة ، ومنها إلى الدماغ وقد تنشأ الأرياح فى الدماغ نفسه ، وقد تكون المرة السوداء إذا احترق فى كبد معلولة، ومهما يكن رأينا فى صواب هذا التعليل منطقياً .. فإن الرازى يقول :

«الماليخوليا وسواس بلاحمى وهى ثلاثة أصناف :

إما أن يكون فى الدماغ نفسه خلط أسود .

وإما أن يكون الدم الذى فى البدن كله أسود .

أوالذى يحدث عن خلط فى جداول الكبد فيصير الدم هناك فيه بخار سوداوى إلى الرأس .

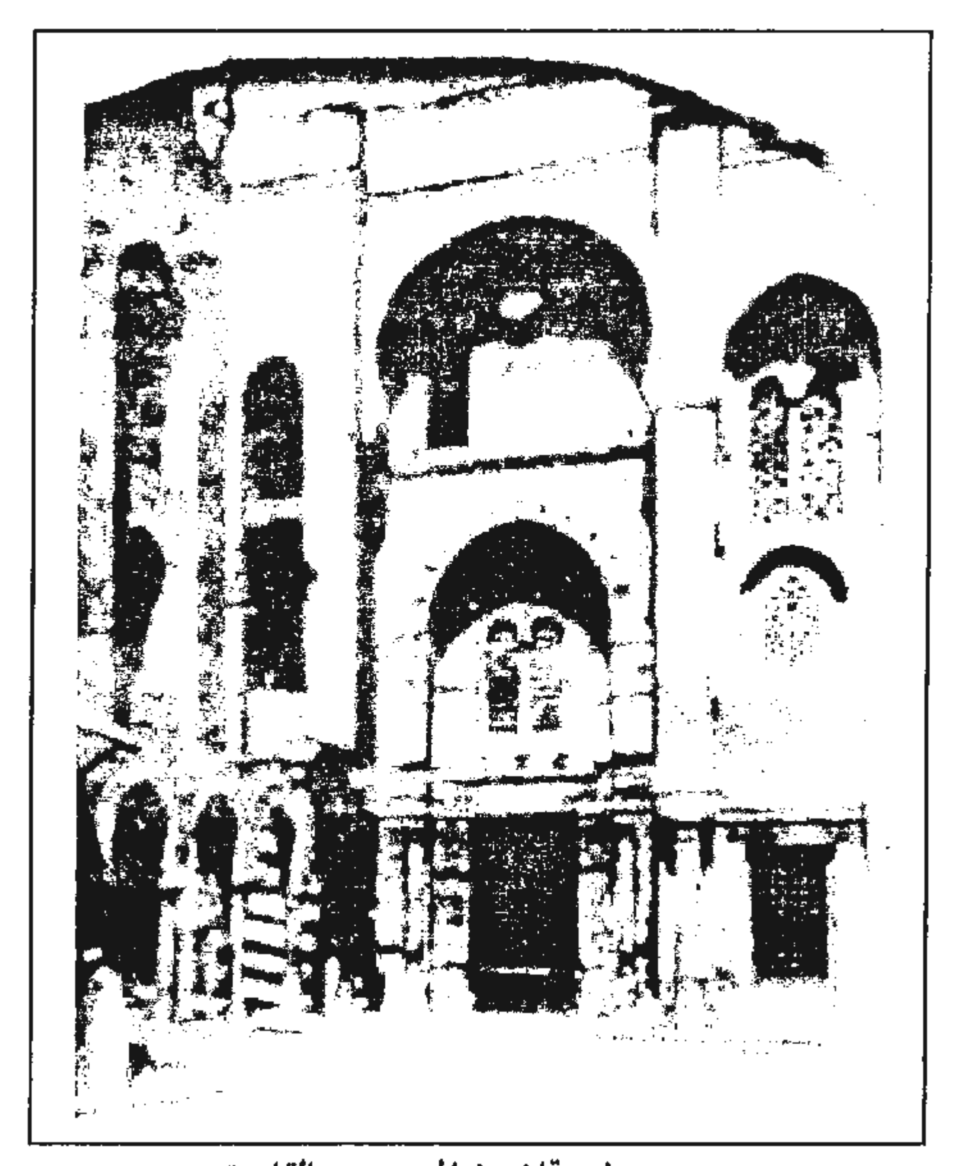
واللازم لهذه العلة الخوف والغم والولوع لشىء ما بإفراط ، ويسود شعورهم وإن كانوا قد شابوا عاد أسود .

المستعدون للماليخوليا أصحاب اللثغة والحدة وخفة اللسان وكثرة الطرب ، واللون المفرط الحمرة والأدمة وكثرة الشعر وخاصة فى الصدر وسواده وغلظه ، وسعة العروف وغلظ الشفتين ، لأن بعض هذه الدلائل تدل على رطوبة الدماغ وبعضها على غلبة الخلط الأسود .

من العلامات الدالة على ابتداء الماليخوليا حب التفرد ، والتخلى عن الناس على غير وجه حاجة معروفة أو علة ، كما يعرض للأصحاء لحبهم البحث والستر للأمر الذى يجب ستره .

وإذا صعدت عليه أبخرة الصفراء أحدث الصداع والأكال ويعرض لهم من التخيلات أشياء عجيبة متفننة» .

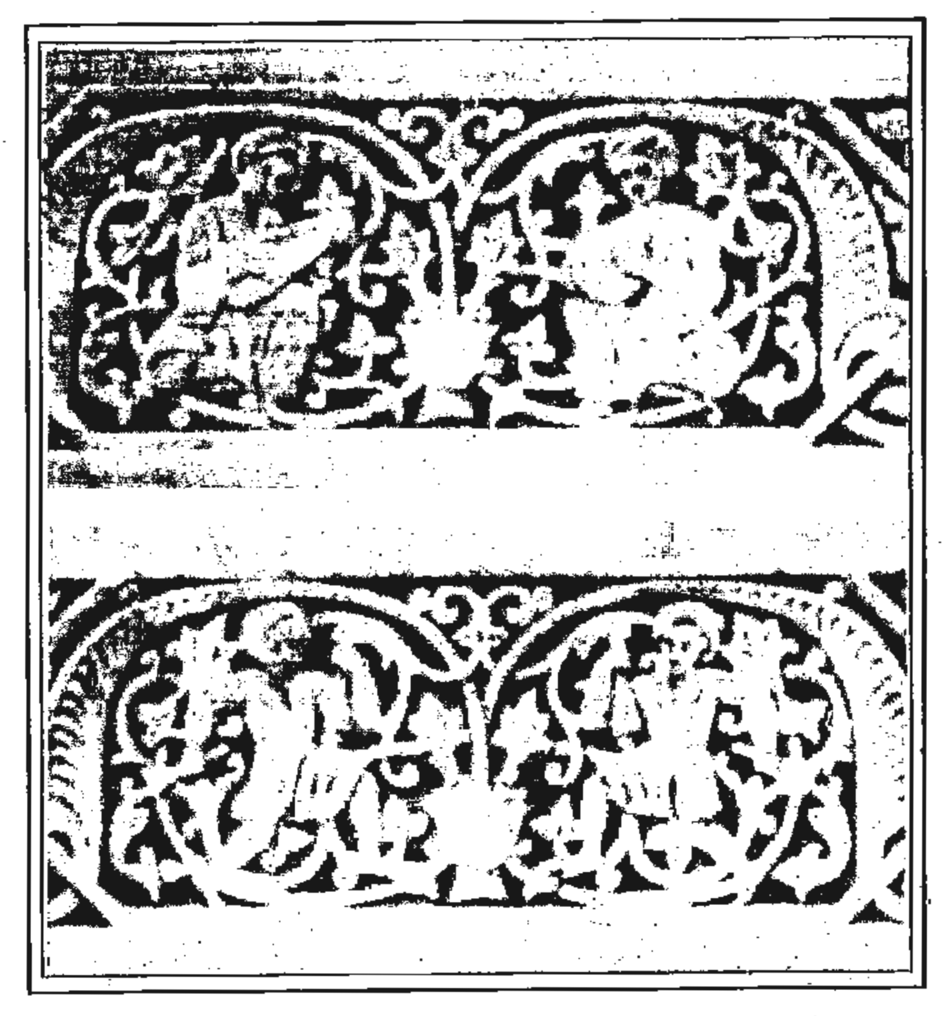
وعلى الرغم من وجود إشارات إلى قدسية الأحلام ، إلا أن المفسرين العرب ركزوا تركيزاً شديداً على العوامل النفسية الاجتماعية ، وفطنوا إلى الأهمية النفسية للجزء المكنون من الحلم .



مستشفى قلاوون المنصورى بالقاهرة

القرن الرابع عشر – قسم للجراحة – باطنة – رمد – عقلية

زخرفة الأبواب في مستشفى قلاوون بالقاهرة



لقد شيد أول مستشفى عقلي في العالم في بغداد في عام ٧٠٥ بعد الميلاد ، وكذلك شيدت مستشفى قلاوون في القرن الرابع عشر ، والتي تمثل نموذجاً مثيراً فيما يتعلق بالرعاية النفسية ؛ إذ كانت تنقسم إلى أربعة أقسام للجراحة والأمراض الباطنية والعيون والأمراض العقلية.

وقد سمحت الهبات الكريمة من أغنياء القاهرة بمستوى عال من الرعاية الطبية وإعالة المرضى أثناء فترة النقاهة ؛ حتى يحصلون على مهنة مريحة ، ونجد هنا سمتين جديرتين بالاهتمام، أولاهما : رعاية المرضى العقليين في مستشفى عام ، والذى سبق الاتجاه الحديث العالمي في علاج مرضى النفس بالمستشفيات العامة بحوالى ستة قرون ، وثانيهما: اشتراك المجتمع في توفير رعاية لائقة للمرضى .

وعلى الرغم من تباين أنواع العلاج الديني ، إلا أن محور العلاج هو دائماً التوجه إلى الله من أجل الشفاء والطريف هنا أن الأعشاب التي كانت تداوي مرض الاكتئاب كانت تسمى بمفرحات النفوس وعسى أن نغير كلمة مضادات الاكتئاب إلى

مفرحات النفوس !!

وعادة مايتم العلاج بشكل فردى أو جماعى ، وتكون الوسائل المستخدمة إما وقائية أو علاجية ، وتتضمن الأدوات المستخدمة قراءة القرآن ، الحجاب والورقة والحرز والحافظ ... إلخ ، أو التعذيمة والتعويذة أو البخور والتطهر .

يختلف الإسلام عن الصورة التى تبرزها وسائل الإعلام الغربية ، حيث إنه دين الإبداع والرحمة والسلام والمرونة من أجل السلام النفسى والاجتماعى ، كما أنه يتضمن تكريماً للعلم والعلماء .. أما الإرهاب والتطرف والقسوة والتصلب فى الرأى والعذاب الجسدى ، فكلها مظاهر سياسية تضليلية ، سواء فى المفهوم أو كأسلوب حياة .

خدمات رعاية المريض النفسى فى مصر

مقدمة :

كانت مستشفيات الأمراض العقلية عبر القرنين الماضيين هى المسئولة عن تقديم الرعاية والعلاج للمرضى العقليين . ومع تقدم الأساليب الجسمية فى العلاج، وفى ظل مناخ اجتماعى أكثر تفتحاً ، انتقل علاج المرضى العقليين إلى مجال الخدمات المجتمعية خارج مستشفيات الأمراض العقلية ، ومع اتساع المجتمع وتشعبه، برزت وحدات الطب النفسى فى المستشفيات العامة كمكان بديل لعلاج المرضى ، الذين يعانون من اضطرابات عقلية حادة .

لقد تنبأ البعض – بحماس مبالغ فيه إلى حد ما – باختفاء مستشفيات الأمراض العقلية واستبدالها بالخدمات النفسية المجتمعية ، مع وجود المستشفيات العامة كمراكز للعلاج قصير المدى ، وعلى الرغم من اتفاقنا على أن عودة المريض السريعة إلى المجتمع لها عديد من المزايا لكثير من المرضى ، إلا أننا نرى أن التمسك العنيد بهذه السياسة يفتقد إلى كل من الحكمة والفائدة الإكلينيكية .

تاريخ خدمات رعاية المريض النفسى فى مصر :

منذ ثلاث آلاف سنة فى مصر ، كان امحتب ، وزير الملك زوسر ، الذى بنى هرم سقارة ، طبيباً واسع الشهرة بعلاجه للمرضى العقليين فى المستشفيات العامة ، وقد تم اكتشاف هذه المعلومة فى معبد النوم بسقارة ، الواقع جنوب القاهرة (عكاشة ١٩٧٨ ، غاليونجى ١٩٦٣) .

أما أول مستشفى عقلى فى العالم ، فقد شيد فى بغداد ، العراق فى عام ٧٠٥ ، ثم تلته مستشفيات أخرى شيدت فى القاهرة (٨٠٠ بعد الميلاد) وفى دمشق (١٢٧٠ بعد الميلاد) وفى حلب بسوريا . وفى هذه الأثناء كان المرضى العقليون فى أوروبا يعانون الحرق والإدانة والعقاب .

ومن المثير أن نتعرض ثانياً باختصار إلى مستشفى قلاوون ، الذى شيد فى القرن الرابع عشر بالقاهرة ، فقد تكونت المستشفى من أربعة أقسام منفصل أحدها عن الآخر ، تتعامل مع أمراض الجراحة والعيون والأمراض الباطنية والأمراض العقلية ، وقد سمحت تبرعات أغنياء القاهرة السخية فى ذلك الوقت بتوفير مستوى

عال من الرعاية الطبية ، كما سمحت بإعالة المرضى أثناء فترة النقاهة حتى تتوافر لهم مهنة مدرة للربح (بعشر ، ١٩٧٥) . وقد كانت هناك سمتان بارزتان لهذا النظام أولاهما رعاية المرضى العقليين فى مستشفى عام ، وهو ماسبق الاتجاه الأوروبى الحديث بحوالى ست قرون ، وثانيهما إشراك المجتمع فى توفير حياة كريمة للمرضى.

فى بداية القرن التاسع عشر وأثناء الاحتلال الفرنسى لمصر ، تقدم مدير الخدمات الصحية فى القوات المسلحة المصرية ، وقد كان عندئذ طبيباً فرنسياً يدعى كلود ، إلى الحاكم المصرى بطلب مراجعة الحالة المتردية للمرضى العقليين فى القاهرة ، وفى ذلك الوقت كانت المستشفيات كلها مستشفيات عسكرية، ومن ثم كان المرضى العقليون فى القاهرة يحولون إلى مستشفى عسكرى فى منتصف المدينة (الأزبكية) ، وبعد بضعة سنوات تم نقلهم إلى مبنى مستقل لايبعد كثيراً عن بولاق .

وفى عام ١٨٨٠ اندلع حريق كبير التهم أحد القصور المملوكة لواحد من الأمراء ، ولم ينج من الحريق سوى مبنى مكون من طابقين ، وقد تم طلاء هذا المبنى باللون الأصفر وتحول بعد ذلك إلى أول مستشفى فى القاهرة ، وكان ذلك فى عام ١٨٨٣ . وقد أطلق عليه بعد ذلك اسم السرايا الصفراء ، وكان هذا المكان يقع فى العباسية التى كانت عندئذ منطقة صحراوية نائية على أطراف القاهرة ، أما اليوم فإن هذا المكان يقع فى منتصف المدينة سريعة الاتساع وشديدة الازدحام، وهناك حالياً خطط لإزالته ، ولكنها باءت بالفشل بعد معرفة ضرورة وجود مستشفيات للنزلاء الذين يحتاجون مدة طويلة للعلاج ، وقد اتسعت المنطقة عندئذ لتتضمن حوالى مائة فدان .

فى عام ١٩١٣ شيد مستشفى حكومى آخر للأمراض العقلية ، وكان ذلك فى الخانكة على مساحة حوالى ثلاثمائة فدان متضمنة مساحة واسعة من الأراضى الزراعية ، وكان موقعها يبعد بضعة كيلو مترات عن شمال القاهرة . وفى عام ١٩٦٧ أقيم مستشفى عقلى آخر فى الإسكندرية (مستشفى المعمورة) وأخيراً فى عام ١٩٧٩ أقيم مستشفى عقلى رابع فى حلوان ، جنوب القاهرة .

وبداية من عام ١٩٤٩ ، اتسعت خدمات العيادات الخارجية التابعة للمستشفيات المركزية لتغطى كل محافظات مصر تقريباً ، فمصر تتضمن حالياً تسعة عشر كلية للطب ، بكل منها وحدة للطب النفسى ، تقدم الخدمات النفسية فى كل من الأقسام الداخلية والعيادات الخارجية .

إن أكبر مستشفى عقلى لدينا هو العباسية ، يتجاوز عمره المائة عام فى حين يبلغ عمر الخانكة ٨٠ عاماً ، وكلاهما يواجه مصاعب جمة فيما يختص بمستوى الخدمة والتمويل والعلاج والتأهيل ، فى الوقت ذاته الذى يستوعبان فيه حوالى خمسة آلاف مريض ، وقد تساعد السياسة الجديدة الرامية إلى إخراج المرضى من المستشفيات وتوفير رعاية مجتمعية لهم ، على اختصار عدد المرضى النفسيين المحجوزين بالمستشفيات ، ولكنها لن تحل المشكلة (عكاشة ، ١٩٨٨) .

حالة الصحة النفسية في العالم: الانتشار والعبء

تعتبر منظمة الصحة العالمية أن تمتع الفرد بالصحة النفسية لا يقتصر علي مجرد غياب المرض أو الاضطراب النفسي، بل هى حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة والتكيف مع حالات التوتر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام فى مجتمعه المحلى.

إلا أن من الصعب الوصول إلي تعريف محدد للاضطراب النفسي، وذلك لأنه ـ كما تشير منظمة الصحة العالمية ـ ليس حالة واحدة، بل مجموعة من الاضطرابات لها بعض الملامح والسمات المشتركة. وعلي سبيل المثال، يشمل الاضطراب النفسى الاضطرابات القصيرة والطويلة الأجل مثل الفصام، والاكتئاب والألزهايمر. أما الإعاقة النفسية، وكما ذكرنا أعلاه، فإنها تنتج عندما يسبب الاضطراب النفسي طويل الأجل خللاً يمنع الأفراد المصابين به من المشاركة بصورة كاملة وفعالة فى المجتمع علي قدم المساواة مع الآخرين وذلك بسبب وجود أنواع من الحواجز المجتمعية. ومن أمثلة الإعاقات النفسية التى تنتج من الاضطراب النفسي: عدم القدرة علي الحصول علي عمل أو علي الاحتفاظ به، وعدم القدرة علي إقامة علاقات اجتماعية سليمة، وعدم القدرة علي أداء النشاطات اليومية مثل الحفاظ علي النظافة الشخصية والصحة.

والاضطرابات النفسية، علي عكس الشائع، ليست مرضاً نادراً، إذ يقدر أن حوالى ٤٥٠ مليون شخص فى العالم يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية، وأن عائلة من كل أربع عائلات بها فرد واحد علي الأقل مصاب باضطراب نفسي أو سلوكي، وأن واحداً من كل أربعة أفراد معرض للإصابة باضطراب نفسي فى مرحلة ما من مراحل حياته.

ويزيد احتمال التعرض للإصابة بالاضطرابات النفسية فى الدول النامية بشكل

ملحوظ. ومن أهم أسباب هذا الخطر زيادة أعداد السكان وخاصة من فئة صغار السن، وهي من أكثر الفئات تعرضاً للاضطرابات النفسية والسلوكية. وهناك أيضاً انتشار الفقر وما يصاحبه من البطالة وضعف مستوي التعليم والحرمان. وقد وجد أن الفقر يزيد من احتمال الإصابة بالاضطرابات النفسية إلي الضعف. وتتعرض البلاد النامية أيضا إلي تحولات سياسية واقتصادية واجتماعية عميقة تؤدى إلي نشوء ظواهر خطرة مثل ارتفاع معدلات النزوح إلي المدن وما ينجم عنها من انتشار العشوائيات والتشرد والازدحام والفقر وازدياد العنف، وكلها عوامل تزيد من احتمالات حدوث الاضطرابات النفسية، خاصة وأن هذه الظواهر يصاحبها فى العادة تمزق فى النسيج الاجتماعى التقليدى وانهيار للأشكال الاجتماعية والأسرية التقليدية المساندة للفرد. كما تعانى الدول النامية إلي جانب كل هذه العوامل من التدهور والقصور فى إتاحة خدمات الصحة النفسية.

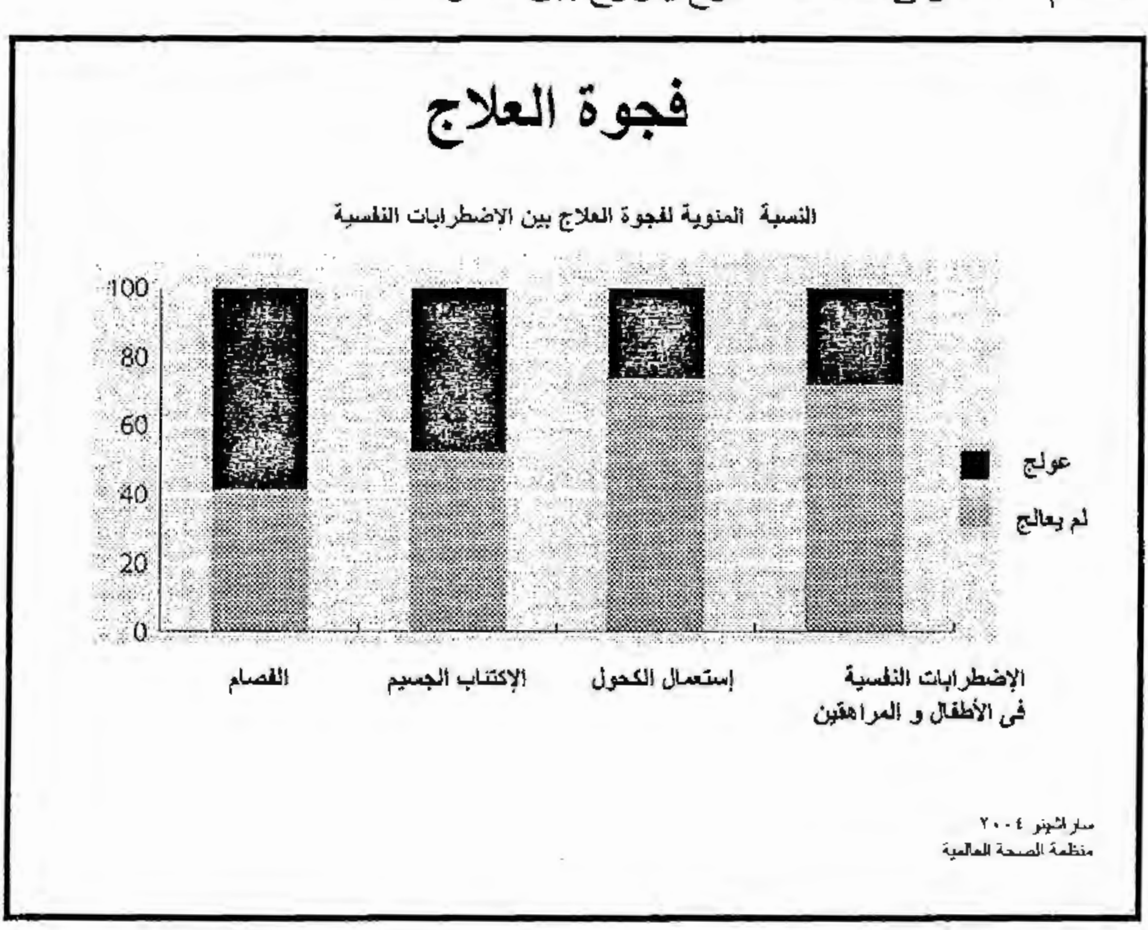
وتتسبب الاضطرابات النفسية، إلي جانب الآلام والمعاناة التى يتعرض لها المصابون بها، فى عبء مرضى واقتصادى كبير علي المجتمع. ففى عام ٢٠٠١ كانت الاضطرابات السلوكية تمثل ١٢٪ من الأعباء العالمية للأمراض. وهذه النسب مرشحة للزيادة، حيث من المتوقع أن يصل العبء المرضى للاضطرابات السلوكية إلي ١٥٪ من العبء المرضى العالمى بحلول عام ٢٠٢٠ .

أما عن العبء الاقتصادى، فيتمثل أولاً فى عبءٍ مباشر فى صورة الإنفاق علي تكاليف الرعاية والعلاج وتقديم الخدمة الطبية، وثانيا فى عبء أكبر غير مباشر يتمثل فى فقدان العمل وانخفاض الإنتاجية ليس فقط من جانب المريض وإنما من جانب أفراد أسرته أو القائمين علي رعايته. وتشير التقديرات إلي أن الدول المتقدمة يبلغ فيها العبء غير المباشر من اثنين إلي ستة أضعاف العبء المباشر، أى أن تكلفة عدم علاج المرض النفسى تفوق بكثير تكلفة علاجه. ومن المرجح أن تزيد هذه النسبة فى البلاد النامية حيث تميل أسعار العلاج المباشر إلي الانخفاض.

ورغم هذه الأدلة علي أن علاج الاضطرابات النفسية يحقق فائدة للمجتمع وليس فقط للمصابين بهذه الاضطرابات، فإن الصحة النفسية تتعرض للإهمال الشديد فى الكثير من دول العالم، بل إنها من أكثر عناصر الصحة العامة تعرضاً للإهمال. إذ تقل نسبة الميزانية المخصصة للصحة النفسية فى معظم البلدان عن ١٪ من مجموع الإنفاق الصحى. وفى أكثر من ٤٠٪ من الدول لا توجد أصلاً سياسة للصحة النفسية، ولا يمتلك أكثر من ٣٠٪ من الدول أى برامج للصحة النفسية. وفيما يتعلق

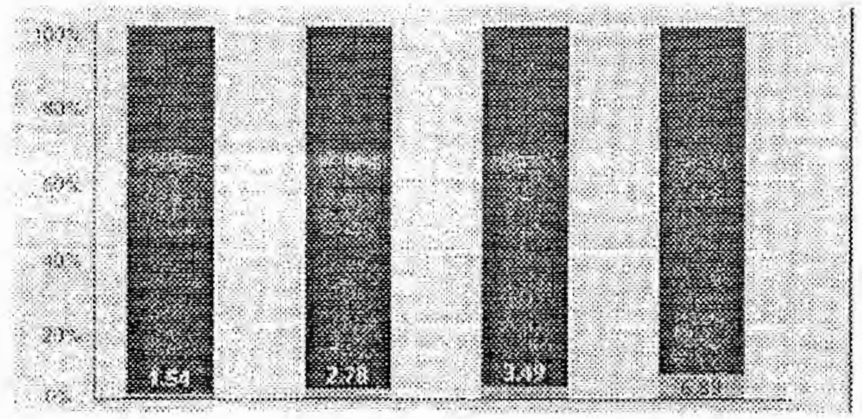
بالتشريعات الخاصة بالصحة النفسية علي مستوي العالم فإن أكثر من نصف هذه التشريعات تم وضعه منذ ما يزيد علي عشرين عاماً، بينما يعود حوالى ٢٠ ٪ منها إلي الستينات من القرن الماضى.

وبالرغم من ارتفاع أعداد المصابين باضطرابات نفسية فى العالم، فإن قلة قليلة منهم يتلقون العلاج، وحتي هؤلاء لا يحصل أغلبهم علي أفضل علاج ممكن. وفى الدول النامية نجد أيضا تفاوتاً مفزعاً بين عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلي العلاج النفسى و عدد من يحصلون عليه فعلياً، وهو التفاوت الذى يطلق عليه الفجوة العلاجية. وفى منطقة شرق المتوسط تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلي أن حجم الفجوة العلاجية فى ما يتعلق بمرض الاكتئاب مثلاً يصل إلي ٩٥ ٪، وفى حالات الفصام ٨٠ ٪، وفى حالات الصرع يتراوح ببن ٦٠ و٩٨ ٪.



الفجوة بين عبء المرض و الميزانية

نسبة ميزانية الأمراض النفسية من ميزانية الصحة حسب تصنيف البلاد بالبنك الدولي



منظمه الصحة العالمية ولوبيز ٢٠٠٨
العبء العالمي للمرض ٢٠٠٤ وتوقعاته فى٢٠٣٠

الأسباب الرئيسية العشرة لعبء المرض فى العالم سنه ٢٠٠٤و٢٠٣٠

ســنــه ٢٠٠٤	النسبة المئوية من مجموع سنوات العمر	الترتيب	ســنــه ٢٠٣٠	النسبة المئوية من مجموع سنوات العمر	الترتيب
المرض أو الإصابة			المرض أو الإصابة		
التهابات الجهاز التنفسي السفلي	٦.٢	١	الاضطرابات الاكتئابية	٦.٢	١
أمراض الإسهال	٤.٨	٢	أمراض القلب	٥.٥	٢
الاضطرابات الاكتئابية	٤.٣	٣	حوادث الطرق السريعة	٤.٩	٣
أمراض القلب	٤.١	٤	أمراض قصور الدورة الدموية المخية	٤.٣	٤
فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب	٣.٨	٥	مرض الانسداد الرئوي المزمن	٣.٨	٥
أمراض قصور الدورة الدموية المخية	٣.١	٦	التهابات الجهاز التنفسي السفلي	٣.٢	٦
الابتسار وانخفاض الوزن عند الولادة	٢.٩	٧	فقدان السمع في الكبار	٢.٩	٧
الاختناق أثناء الولادة وإصابات الولادة	٢.٧	٨	الأخطاء الانكسارية	٢.٧	٨
حوادث الطرق السريعة	٢.٧	٩	فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب	٢.٥	٩
التهابات حديثي الولادة	٢.٧	١٠	مرض السكر	٢.٣	١٠
مرض الانسداد الرئوي المزمن	٢.٠	١٣	التهابات حديثي الولادة	١.٩	١١
الأخطاء الانكسارية	١.٨	١٤	الابتسار وانخفاض الوزن عند الولادة	١.٩	١٢
فقدان السمع في الكبار	١.٨	١٥	الاختناق أثناء الولادة وإصابات الولادة	١.٩	١٥
مرض السكر	١.٣	١٩	أمراض الإسهال	١.٦	١٨

الصحة النفسية المجتمعية :

على الرغم من التغييرات الاجتماعية السريعة التى تحدث فى مصر ، إلا أن أغلبية السكان ، خاصة فى الريف ، لازالوا ينتمون إلى هيكل العائلة الممتدة ، ولازال من المشين والمثير للخجل أن تتم رعاية المسن المصاب بالخرف بعيداً عن محيط عائلته ، وكذلك فإن أهل الطفل المتخلف أو الطفل مفرط الحركة لازالوا يشعرون بأنهم أصحاب المسئولية الأساسية نحو أبنائهم ، بدلاً من التفكير فى إيداعهم مؤسسة ما .

ويتم تطبيق الرعاية المجتمعية بشكل طبيعى ، ودون الحاجة إلى قائمين على الرعاية الصحية فى المناطق الريفية ، ذلك أن للمصريين طاقة خاصة لتحمل الاضطرابات العقلية وقدرة على استيعاب المرضى العقليين المزمنيين وذوى التخلف العقلى الخفيف أو الذكاء الحدى ، وهؤلاء يؤهلون يومياً من خلال ذهابهم إلى الحقول مع ذويهم ، فيساعدون فى استصلاح واستزراع الأراضى الزراعية .

أما الأشكال الأخرى من الرعاية المجتمعية كامتداد الخدمات الصحية إلى المراكز النهارية ومراكز التأهيل والزوار الصحيين ، فلاتتوافر سوى فى المدينة الكبيرة ، إن أفضل مثال على تطبيق الرعاية المجتمعية هو فى الوقاية من سوء استخدام العقاقير ، فمنذ بداية الثمانينيات واستخدام الهروبين والمخدرات فى ازدياد فى مصر ؛ مما كان من شأنه جذب الاهتمام نحو الطب النفسى والاضطرابات العقلية لما صاحب هذه الظاهرة من نشر الوعى ، من خلال وسائل الإعلام وإصدار إجراءات تشريعية خاصة ، وظهور فرق مكافحة المخدرات ، بالإضافة إلى البدء فى إنشاء مراكز مختصة فى كل أرجاء مصر وإرسال الأخصائيين الاجتماعيين ورجال الدين والسياسة لتوعية الجمهور ، بخصوص مخاطر سوء استعمال العقاقير (الاعتماد أو مايطلق عليه الإدمان) .

لقد أدت أبحاث المسح الصحى المتعددة إلى إحداث تغيير جذرى فى سياسات وبرامج الصحة العقلية . وعلى الرغم من أن توجه الرعاية المجتمعية قد بدأ أول مابدأ فى الستينيات ، إلا أن المشاركة الفعالة للمجتمع فى هذا المجال قد تعاظمت مع تفاقم ظاهرة الإدمان بين الشباب .

إن الصحة العقلية ليست على قائمة أولويات الرعاية المجتمعية فى مصر ، وإنما تحتل هذه الأولويات قضايا مثل البلهارسيا وتحديد النسل والأمراض المعدية عند الأطفال ، وانضم لها أخيراً التدخين وسوء استخدام العقاقير الممنوعة . أما أشكال

الرعاية المجتمعية المتوافرة فى المدن الكبيرة ، فتتضمن عيادات المرضى الخارجين ، دور المسنين ، مؤسسات المتخلفين عقلياً ، ومراكز الإدمان ، ومراكز الصحة النفسية فى المدارس والجامعات .

وسوف يركز البرنامج القومى الجديد للصحة النفسية على لامركزية الرعاية الصحية العقلية ، والرعاية المجتمعية فى المحافظات المختلفة . ويتم التركيز فى ذلك على تكوين فريق صحة نفسية يتضمن – على وجه الخصوص – تمريض طب نفسى وأخصائيين اجتماعيين نفسيين ومعالجين تأهيليين وأخصائيين نفسيين أكلينيكيين .

خدمات الصحة العقلية الحالية :

يبلغ تعداد مصر الآن ٨٠ مليون نسمة ، فى حين يبلغ عدد الأطباء مائة وثمانون ألف طبيب ، بموجب طبيب لكل حوالى ستمائة نسمة . أما الأطباء النفسيين فعددهم حوالى ١٠٠٠ شاملاً هؤلاء تحت التدريب مما يعنى طبيب لكل حوالى ٧٠.٠٠٠ مواطن ، كذلك فإن عدد أسرة الطب النفسى يبلغ حوالى ٨٧٠٠ سرير بموجب سرير لكل ٨٠٠٠مواطن . وتجدر الإشارة إلى أن نسبة عدد أسرة الطب النفسى فى مصر تبلغ أقل بكثير من ١٠ ٪ من إجمالى أسرة المستشفيات كما توصى منظمة الصحة العالمية .

هناك أربع مستشفيات عقلية فى القاهرة ، تتسع لحوالى ٥٦٠٠ مريض وواحدة فى الإسكندرية ، وأخرى فى الدقهلية ، وأخرى فى أسيوط بالإضافة إلى عدد من أسرة الطب النفسى فى المستشفيات العامة والخاصة .

جدول أعداد الأسرة المخصصة للطب النفسي

أولاً : مستشفيات الصحة النفسية التابعة لديوان عام وزارة الصحة :

المستشفيات	إجمالى السعة السريرية	الأسرة النشطة	عدد الأطباء النفسيين	عدد فريق التمريض	نسبة تسريح المرضى
مستشفى الصحة النفسية بالعباسية	٢١٧١	١٦٦٥	٢١٠	٩٢٧	٪١٥
مستشفى الصحة النفسية بالمعمورة	٩٤٨	٩٤٨	١٢٤	٣٦٦	٪٤١
مستشفى الصحة النفسية بمصر الجديدة (تحولت إلى مستشفى للحجر الصحى على الرغم من كونها الوحيدة المخصصة لعلاج الإدمان)	١٠٨	٦٨	٥٩	٦٨	٪٥٣
مستشفى الصحة النفسية بالخانكة	٢١٠٩	٢١٠٩	٧٦	٤٢١	٪٩
مستشفى الصحة النفسية بحلوان	٦٠٠	٢٢٨	٣٧	١٢٧	٪٥٥
مستشفى الصحة النفسية بأسيوط	١١٠	١١٠	٤٩	٤٩	٪١٠٠
مستشفى الصحة النفسية ببورسعيد	٢٠٠	١٢٠	٢٢	٤٩	٪٩٢
مستشفى الصحة النفسية بطنطا	١٠٧	٩٤	١٠٩٥	٩٣٠	
مستشفى الصحة النفسية بأسوان	٥٤	١٠ مريض+ ١٠ مرافق	غير متوافر		
مستشفى الصحة النفسية ببنها	٣٠٠	٢١٣	٥٣	١١٢	
مستشفى الصحة النفسية بالشرقية العزازى	١٠٨	١٦٨	١٣	٤٠	
مستشفى الصحة النفسية بشبين الكوم	١١٣	٤٣	٢٤	٤٧	
مستشفى الصحة النفسية ببنى سويف	١٥٥	١٣٥	١٨	٥٦	
مستشفى الصحة النفسية ببنى أحمد - المنيا	٦٠	٣٦	١٩	٢٤	
مستشفى الصحة النفسية بسوهاج	٢٨	٢٨	٨	٥	
الإجمالى	٧١٩٩	٦١٠٣	١٨١٨	٢٢٣١	

نسبة تسريح المرضى حسب تقرير وزارة الصحة عملية مؤسفة لايمكن أن يكون الهدف منها هو مصلحة المريض !!!!

ملحوظة :

١ - لاتوجد أى نوع من خدمات الطب النفسى فى خمس محافظات : الوادى الجديد ، محافظات شمال سيناء وجنوب سيناء، والبحر الأحمر ومرسى مطروح .

٢ - لاتوجد خدمات الرعاية السريرية للمريض النفسى فى عشرة محافظات مثل : الإسماعيلية والسويس وبورسعيد ...!!

ثانياً : مستشفيات الطب النفسى التى تدار من خلال المحليات وعددها إحدى عشر مستشفى :

عدد الأسرة	عدد الأطباء النفسيين	عدد فريق التمريض	عدد الأخصائيين النفسيين	عدد الأخصائيين الاجتماعيين
٨٠٠	٥٩	٢٤٤	٦	١٣

ملحوظة :

١ - ثمانية من هذه المستشفيات ليس بها اخصائى نفسى واحد.

٢ - خمسة من هذه المستشفيات ليس بها اخصائى اجتماعى واحد .

٣ - لا تتوزع هذه المستشفيات بشكل متوازن على جميع المحافظات .

ثالثاً : أقسام الطب النفسى فى المستشفيات العامة وعددها ثمانية أقسام :

عدد الأسرة	عدد الأطباء النفسيين	عدد فريق التمريض	عدد الأخصائيين النفسيين	عدد الأخصائيين الاجتماعيين
١٢٤	٢٢	٢٦	١	٣

ملحوظة :

١ - سبعة من هذه الأقسام ليس بها اخصائى نفسى واحد .

٢ - خمسة من هذه الأقسام ليس بها اخصائى اجتماعى واحد .

رابعاً : خدمات الطب النفسى التى تقدمها المستشفيات العسكرية:

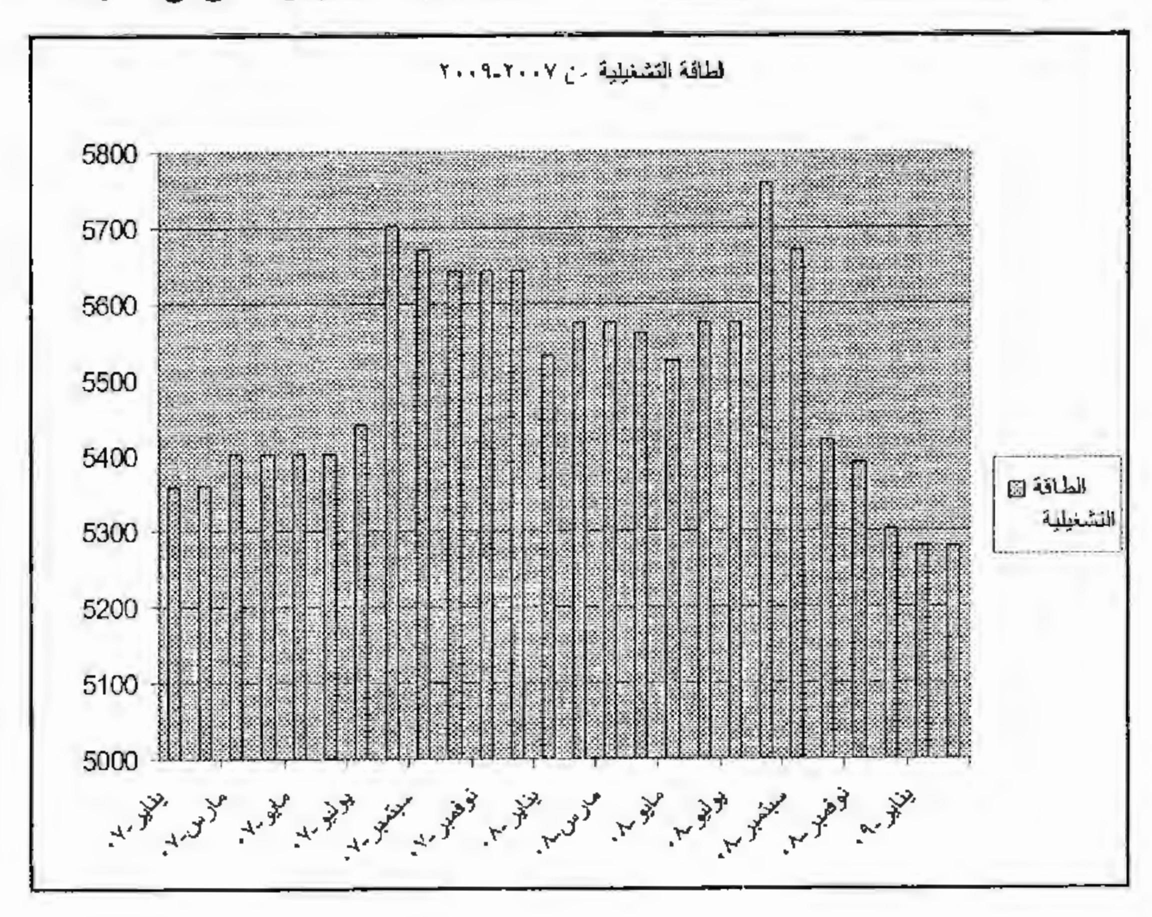
عدد الأسرة	عدد الأطباء النفسيين	عدد فريق التمريض	عدد الأخصائيين النفسيين	عدد الأخصائيين الاجتماعيين
٣٠٠	٣٠	١٠٠	٢٠	٦

خامساً : خدمات الطب النفسى التى تقدمها كليات الطب المختلفة : (سبعة عشر كلية طب منها أثنتان خاصة).

عدد الأسرة	عدد الأطباء النفسيين	عدد فريق التمريض	عدد الأخصائيين النفسيين	عدد الأخصائيين الاجتماعيين
٨٠٠	٤٤٠	٣٤٠	٣٢	٦٤

سادساً : الإجمالى :

عدد الأسرة	عدد الأطباء النفسيين	عدد فريق التمريض
٨١٢٧	٢٣٦٩	٣٩٤١



نلاحظ تسريح المرضى النفسيين خلال عامي ٢٠٠٨ ـ ٢٠٠٩

وتنقسم مصر إلى ٢٩ محافظة ، منها ٢٤ محافظة تتضمن عيادات طب نفسى ووحدات مرضى خارجيين .

كذلك يبلغ عدد الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى مصر حوالى ٢٥٠ ، ولكن هناك مئات من الأخصائيبن النفسيين بشكل عام ، الذين يعملون فى مجالات لاعلاقة لها بخدمات الصحة النفسية ، وكذلك لدينا عدد كبير من الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون فى كل مجالات الطب النفسى ، وكلهم للأسف فى الغالب أخصائيون غير متخصصين ، يفتقدون التدريب فى مجال العمل الاجتماعى الطبنفسى .

ولقد كانت هناك محاولة لتخريج أخصائيين اجتماعيين طبنفسيين من معهد الخدمة الاجتماعية فى القاهرة فى عام ١٩٦٠ ، ولكن هذه المحاولة أجهضت ولم تستمر سوى لمدة عامين ؛ نتيجة لعدم النجاح فى جذب الطلاب إلى الفكرة .

كذلك عندنا أربعة معاهد عليا للتمريض ، توازى كليات الطب ، ويتخرج منها ممرضات طبنفسيات عاليات الكفاءة . وللأسف الشديد .. فإن الغالبية العظمى منهن تغادر البلاد للعمل فى دول الخليج العربى ، حيث الأجور أعلى بما لايقاس مما هى عليه فى مصر . أما الممرضات اللاتى يعملن فى مؤسسات الصحة النفسية ، فهن فى الغالب من التمريض العام ذوات تدريب ضئيل فى مجال الطب النفسى ، وكذلك عندنا مدارس التمريض التى تخرج ممرضات نفسيات ، ولكن لازال عددهن غير كاف لتغطية الخدمات الطبنفسية .

يلعب المعالجون الشعبيون والدينيون فى مصر دوراً أساسيّاً فى الرعاية الطبنفسية الأولية ؛ إذ يتعاملون مع حالات العصاب الخفيفة والحالات النفسجسدية والحالات الذهانية العابرة باستخدام علاجات نفسية دينية وجماعية ، تستند إلى الإيحاء وبعض الأدوات كالأحجبة والحجامة والتعاويذ (عكاشة ، ١٩٦٦) . وقد قدرت واحدة من الدراسات (عكاشة ، ١٩٦٨) إن حوالى ٦٠٪ من المرضى الخارجيين المترددين على عيادات الجامعة فى القاهرة ، والمنتمين إلى الطبقات الاجتماعية الدنيا قد لجأوا أولاً إلى المعالجين الشعبيين ، قبل أن يستشيروا الطبيب النفسى . أما خدمات المتابعة فلازالت محدودة فى مصر ؛ نظراً لانخفاض الوعى بأهمية الحاجة إلى رعاية المتابعة بعد التحسن الأولى .

سياسة إلغاء المؤسسات :

يمكن الوصول إلى مرحلة إلغاء المستشفيات أو إلغاء المؤسسات عن طريق :

(١) تأجيل أو عدم إدخال المرضى إلى المستشفيات العقلية ، وتحويلهم إلى وحدات رعاية مركزة غير مقيمة أو مستشفيات تقدم خدمة خارجية .

(٢) إدخال المرضى فى أقسام الطب النفسى فى المستشفيات العامة .

(٣) تقصير مدة الإقامة بالمستشفى .

(٤) إخراج المرضى ذوى الإقامة الممتدة إلى مراكز تقدم رعاية غير مقيمة .

(٥) الفصل بين الأنواع المختلفة لوحدات الطب النفسى بمعنى وحدات للعجز المعرفى ووحدات للخرف ، ووحدات للإدمان ، .. إلخ .

ولتقييم هذه السياسة تقييماً دقيقاً ، يصبح من المهم الإجابة عن الأسئلة التالية :

(١) هل صحيح أن درجة استيعاب المستشفيات العقلية قد نقصت ؟

إذا قبلنا اعتبار عدد المرضى الداخليين مؤشراً مناسباً لحجم المؤسسة ، عندئذ يمكننا القول أن هناك بالفعل انخفاضاً فى المعدل العام لاستيعاب المستشفيات العقلية الكبرى ولكن ذلك بسبب تسريح الكثير من المرضى المزمنين دون وجود خدمات مجتمعية .

(٢) هل هناك انخفاض في عدد المرضي الداخليين ، وفي فترة البقاء في القسم الداخلي في المستشفيات العقلية ؟

مرة أخرى نقول إن هناك انخفاضاً تدريجيّاً فى حجم جمهور القسم الداخلى فى المستشفيات العقلية يصاحبه انخفاض فى المعدل السنوى لعدد أيام الإقامة بالقسم الداخلى ، ونحن لانعرف ما أقل أقسام المستشفيات العقلية العامة استخداماً هل هى وحدات الإقامة المتوسطة أم طويلة المدى ؟ ، أم هل هى وحدات التخصصات الفرعية كأمراض الشيخوخة والمرضى المتخلفين عقلياً ؟ ويبدو أن التغيير فى معدل دخول وخروج المرضى يخص فى الأساس المرضى ، الذين يظلون بالقسم الداخلى لفترة أقل من سنة ، حيث يبلغ المرضى المقيمين أكثر من ٣ سنوات فى المستشفيات العقلية حوالى ٤٠ ٪ .

(٣) هل هناك انخفاض في معدل دخول المرضي النفسيين بالمستشفيات ؟

أحد التفسيرات المحتملة لانخفاض المعدل السنوى لعدد الأيام ، التى يمضيها المرضى بالقسم الداخلى تتمثل فى انخفاض عدد مرات ومدة الإدخال فى المستشفيات العقلية ، وإذا نظرنا إلى جدول (٢) لاتضح لنا أن حوالى ٣٠ ٪ من المرضى ، الذين أدخلوا المستشفيات العقلية فيما بين عامى ١٩٨٠ ، ١٩٩٦ ، قد أخرجوا منها فى خلال فترات تتراوح بين ٦ شهور وأثنتى عشر شهراً .

جدول (٢) : النسبة المئوية لمتوسط الإقامة فى مستشفى العباسية (١٩٨٠ – ١٩٩٦) .

العام	أقل من ٦شهور	٦–٢ شهراً	١–٥ سنوات	٥–١٠ سنوات	١٠–٢٠ سنة	أكثر من ٢٠سنة
١٩٨٠	٢٣,٩	٥,٩	٣٠,٨	١٢,٥	١٤,٣	١٣,٦
١٩٨١	٢٤,٣	٥,٨	٣١,٢	٢,٣	١٤,٤	١٢
١٩٨٢	٢٤,١	٦,٩	٣٠,٩	١٢,٤	١٤,٢	١١,٥
١٩٨٣	٢٢,٣	٦,٨	٣٥,٧	١٢,١	١٠,٣	١٢,٦
١٩٨٤	٢٢,٨	٧,١	٣٢	١١,٦	١٤,١	١٢,٤
١٩٨٥	٢٣,٣	٦,٩	٣٥,٤	١١,٨	١١,٣	١١,٥
١٩٨٦	٢٢,٧	٦,٥	٣٦,١	١١,٧	١١,٦	١١,٤
١٩٨٧	٢٣,١	٧,١	٣٥,٣	١١,٤	١١,٧	١١,٤
١٩٨٨	٢٣,٥	٦,٧	٣٦	١١	١١,٤	١١,٣
١٩٨٩	٢٦,٦	١٠,١	٣١,٣	١٢	٩,٦	٩,٣
١٩٩٠	٢٨,٧	١٩,٣	٣٥,٤	١٠,٤	٩,٢	٩,١
١٩٩٦	٣٤,٧	٢٣,٣	٢٥	٦	٤,٩	٥,١

(٤) هل لوجود أقسام الطب النفسي في المستشفيات العامة تأثير علي انخفاض أو عدم إدخال المرضي في المستشفيات العقلية؟

لايوجد ما يشير إلى أن الأقسام النفسية فى المستشفيات العامة قد ساهمت فى وقف زيادة الإدخال فى المستشفيات العقلية ، ومع ذلك .. فإن الأقسام النفسية فى المستشفيات العامة قد لعبت دوراً مركزياً فى علاج الإقامة المحدودة للمرضى النفسيين .

إن مهمة كل من الأقسام النفسية فى المستشفيات العامة والمستشفيات العقلية هو خدمة المرضى شديدى الاضطراب ، ويفضل كثير من المرضى وعائلاتهم أن يتعاملوا مع الأقسام النفسية فى المستشفيات العامة لعلاج النوبات الأولى من المرض ، لقصر المسافة التى يجب عليهم قطعها للوصول إلى المستشفى ، ولأن هذه الأقسام

تحمل من الوصمة أقل مما تحمله المستشفيات العقلية . وهناك بعض الفروق بين نوعى الجمهور الذى يتردد على هذين النوعين من المؤسسات ، ويمكننا القول بشكل عام إن مرضى الأقسام النفسية أصغر سناً ، وغالباً مايكونون من النساء وسنوات تعليمهم أكثر ، وكذلك نجد فروقاً ذات دلالة تتعلق بالتشخيص النفسى لكل من المجموعتين .

(٥) هل يصح استخدام مصطلح «الطب النفسي ذو الباب الدّوار» في إطار معدلات دخول وخروج المرضي ؟

لقد تغيرت أيضاً خصائص المرضى المحجوزين فى مستشفيات الأمراض العقلية ؛ فهم أصغر سناً ، وعادة مايكونوا متزوجين أو مطلقين ، وتتراوح تشخيصاتهم فى الأساس ما بين اضطرابات وجدانية واضطرابات الفصام وسوء استخدام مواد واضطرابات فى الشخصية ، كما حدث تغير فى المعدلات العمرية ، فزادت الفئة التى يقع عمرها بين ٤٥-٦٤ عاماً .

أما نسبة المرضى من كبار السن فقد ظلت ثابتة نسبيّاً ، وتعكس هذه الأرقام سياسات الحجز والإخراج فى المستشفيات العقلية . أما الأرقام الدالة على إعادة مرات الحجز ، فتسجل نتائج حجز وخروج المرضى أثناء فترات تبدل الأعراض المرضية ، فالمرضى يخرجون من المستشفى بضلالات متحوصلة ونقائص معرفية وإعاقات اجتماعية .

وفى كثير من الدراسات المختلفة ، وجد أن مرضى الفصام يعانون عند خروجهم من المستشفى من أعراض متبقية كالتالى : ١٥ ٪ ضلالات وهلاوس ، ٣٠ ٪ أعراض سلبية و ٦٠ ٪ أعراض عصابية خاصة الاكتئاب ، كما تدل الأبحاث أيضاً على أن ٦٠ ٪ من المرضى المزمنين بالأقسام الداخلية يعانون من اختلالات معرفية ، تتم قياسها بواسطة بطاريات نفسية لقياس الإصابة العضوية (عكاشة ، ١٩٨٨ - ٢٠٠١) . واستكمالاً لهذا المنطق فى الجدال ، وجد أن مرضى الفصام ذوى الإقامة الطويلة فى المستشفيات ، والذين تم حجزهم فى الخمسينيات هم أكثر المرضى وضوحاً فى تمثيل سياسة البوابة الدوارة فى الثمانينات .

(٦) هل تنخفض أعداد المرضي ذوي الإقامة الطويلة - القديم منهم والجديد ؟

فى السبعينيات كان كثير من المرضى يبقون داخل المستشفيات لفترات متواصلة تتجاوز العامين و٤٠ ٪ تجاوزت إقامتهم العشر سنوات ، أما الآن فإن الصورة

قد تبدلت ؛ إذ إن كثيراً من المرضى تركوا المستشفيات ، بعد أن ظلوا محجوزين بها لمدة عشر سنوات أو مايجاوزها ، وكذلك توفى البعض . أما الآخرون ممن كانوا يعانون من التخلف العقلى ، فقد تم نقلهم إلى مؤسسات أكثر ملاءمة .

إن عدد المرضى ذوى الإقامة الطويلة يقل باضطراد ، ولكن هذه الفئة من المرضى لازالت تسيطر على الصورة فى المستشفيات العقلية ، لقد تم خروج الشباب من المرضى المزمنين ، كما شاخ كثير من المرضى مع مرور الوقت ، ففى نهاية الثمانينات كان ثلث الرجال ذوى الإقامة الطويلة ونصف النساء ذوات الإقامة الطويلة يبلغون من العمر ٦٠ عاماً أو يزيد .

لقد كانت هذه النسب أقل بكثير فيما سبق ، ويوضح الجدولان (٣) و(٤) بعض البيانات النفس ديموغرافية عن الفروق بين الإقامة الطويلة ومرضى الإقامة القصيرة فى واحدة من أكبر المستشفيات العقلية فى القاهرة (عكاشة ، ٢٠٠١) .

جدول (٣) : بيانات نفس ديموغرافية .

	حجز قصير المدى	حجز طويل المدى
الحالة الاجتماعية	غالباً متزوج	غالباً أعزب
المهنة	غالباً يعمل	غالباً عاطل
التعليم	غالباً متعلم	غالباً أمى
التفاهم العائلى	متماسك	منهار
التاريخ العائلى للمرض	نادر	عادة موجب
الحجز الطوعى	أكثر	أقل
الحجز السابق	متكرر	نادر
عدد الزيارات فى الشهر	كثيرة	أقل

وهناك بالإضافة إلى ذلك ، عدد من البيانات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية تميز بين مرضى الإقامة القصيرة ومرضى الإقامة الطويلة ؛ فالمرضى المتزوجون ممثلون بمعدل أعلى بين المرضى ذوى الإقامة القصيرة بالمستشفيات (٥٣٪) عنهم بين المرضى ذوى الإقامة الطويلة (٢٦٪) ، كذلك فإن درجة تعليم المرضى ذوى الإقامة الطويلة أقل ، وعمرهم أصغر لحظة الحجز ، كما أنهم يعانون بمعدل أعلى من انعدام التفاهم فى المحيط العائلى ، ومن وجود تاريخ مرضى فى العائلة من الاضطرابات الطبنفسية ، كذلك كان موقعهم الاجتماعى أدنى ، وكانوا

يعانون من البطالة بمعدل أعلى .

أما الحجز فكان فى حالة المجموعتين غير طوعى فى أغلب الحالات ، ولكن معدل الحجز الطوعى كان أعلى بدرجة دالة فى حالة المرضى ذوى الإقامة قصيرة المدى ، وكذلك كان تاريخهم يتضمن عدداً أقل من مرات الحجز السابقة .

أما عن التشخيص .. فإن التشخيصات الشائعة بين المرضى ذوى الإقامة القصيرة فى المستشفيات كانت فصاماً بارانويدى (٣٩ ٪) ، وفصاماً غير منظم (٣٥ ٪) ، وفصاماً جامودياً (١٢ ٪) .

أما بالنسبة للمرضى ذوى الإقامة الطويلة بالمستشفيات فكان التشخيص فصاماً متبقياً (٢٩ ٪) والأنواع غير المميزة من الفصام (١٣ ٪) ، طبقاً لمعايير الدليل التشخيصى والإحصائى الأمريكى الرابع للأمراض .

جدول (٤) : تشخيص الفصام

التشخيص طبقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع	حجز قصير المدى	حجز طويل المدى
فصام غير منظم (هيفرينى)	٪٣٥	٪٢٤
فصام جامودى (كتاتونى)	٪١٢	٪٨
فصام بارانويدى	٪٣٩	٪٢٦
فصام غير مميز	٪٨	٪١٣
فصام متبقى	٪٦	٪٢٩
الإجمالى	٪١٠٠	٪١٠٠

جدول (٥) : التشخيص.

	مستشفى نفسي حكومي	قسم نفسي في مستشفى عام	مستشفى نفسي خاص
الطيف الفصامي	٦٨٪	٢٥٪	٤٣٪
اضطرابات وجدانية عظمى			
اكتئاب	٩٪	٢٨٪	١٧٪
هوس	١١٪	١٣٪	١٣٪
فقدان شهية عصبي	١٪	٣٪	١٣٪
اضطراب قلق	ـــ	١٣٪	ـــ
اضطراب ذهاني	٢٪	ـــ	ـــ
اضطرابات ذهانية عضوية	١٪	٦٪	٤٪
سوء استخدام مواد	٧٪	٣٪	١٢٪
اضطرابات تحولية وانشقاقية	١٪	٦٪	٤٪
اضطرابات شخصية حدية	ـــ	ـــ	٢٪
مضاعفات عقاقير طبنفسية	ـــ	٣٪	٢٪

أنواع التشخيص النفسي في الأماكن المختلفة:

تم مقارنة حجز الطوارئ في مستشفيات الحكومة والمستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة في دراسة حديثة في مصر ، وقد وجدت فروق في توزيع الذكور والإناث ، وكذلك في النمط التشخيصي ؛ ففي كل أنواع المستشفيات ، كان أعلى معدل تشخيصي هو طيف الفصام ، أما الاضطرابات الوجدانية العظمى واضطرابات القلق ، فكانت معدلات الحجز بشأنها أعلى في المستشفيات العامة ، في حين ارتفع معدل الحجز بسبب سوء استخدام عقار في المستشفيات الخاصة .

ومن هذه الدراسات يتضح لنا ضرورة استمرار وجود مستشفيات عقلية فلامجال للشك أن عدداً من مرضانا سوف يحتاج إلى الحجز لفترات طويلة بالمستشفى ، وجدير بالذكر أن هناك بعضاً من الصفات في البيانات النفسديموغرافية، وفي الفئات التشخيصية للاضطرابات الطبنفسية ، ترتبط بالحجز طويل المدى في المستشفيات .

يبدو إذاً أن سياسة البوابة الدوارة فى الطب النفسى ليست ناجحة تماماً ؛ حيث إنه يتم إخراج المرضى من المستشفيات ، وهم لايزالون حاملى أعراض ، وبالتالى فإنهم يتسكعون فى الشوارع إلى حين اقترافهم إحدى الجرائم الصغيرة؛ فيتم إعادة إيداعهم ليخرجوا مرة أخرى إلى الشوارع .. إننا نتحدث دائماً عن الخدمات خارج جدران المستشفيات وعن الرعاية المجتمعية ، ولكننى انطلاقاً من خبرتى الخاصة .. أستطيع القول أن مجتمعات البلدان المتقدمة والبلدان النامية على حد سواء ، ليست مهيئة بعد لاستيعاب المرضى العقليين السابقين أو المرضى ذوى الأعراض المتبقية .

ومن المعروف جيداً أن ٣٠-٤٠ ٪ من المرضى يتكيفون بمستوى أدنى من مستواهم المعتاد ، بعد نوبة فصام (وأحياناً اضطراب وجدانى أو اضطراب طيف فصامى) وكلما زاد عدد الانتكاسات التى تحدث لهم ، زاد احتمال الإعاقة واحتمال عدم القدرة على التكيف ، وبالتالى فإننا نلقى بالعبء على كاهل العائلات ، وعلى الخدمات المجتمعية لاستيعاب أشخاص معاقين ، بدلاً من تأهيلهم للعمل المفيد والاستيعاب المثمر .

إننا نطالب المرضى بأن يندمجوا اجتماعيّاً مرة أخرى، فى الوقت ذاته الذى ندرك فيه أن كثيراً منهم يعانون من تغييرات فعلية هيكلية وتركيبية فى المخ.

ومن الأرجح أن المستشفيات العقلية سوف تبقى وسوف تتجاوز من يحاولون رثاءها ، وإن كانت درجات استيعابها سوف تقل ، وسوف ينتشر توزيعها فى أنحاء البلاد المختلفة . ذلك أن المجتمع غير قادر على توفير الخدمات النفسية والاجتماعية والتأهيلية الملائمة لهم ، ولن تقتصر الحاجة للمستشفيات العقلية على تقديم العلاج الطبى ، ولكن ستتسع لتقديم العلاج التأهيلى والعلاج بالعمل .

ويمكن توفير ذلك بواسطة الأخصائيين الاجتماعيين النفسيين ، والأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين والهيئة الطبنفسية المساعدة ، فى حين سوف تحتاج الحالات الطارئة والقصيرة المدى إلى خبرة المهنة الطبية خاصة الأطباء النفسيين .

الاتجاهات المستقبلية :

تتضمن السياسة المستقبلية للخدمات النفسية فى مصر بناء مستشفيات متوسطة الحجم ، تبلغ سعتها ٦٠٠ سرير ، تستطيع أن تخدم ثلاث محافظات متجاورة ، بالإضافة إلى مستشفيات للإقامة قصيرة المدى سعتها ١٠٠ سرير ، وفى الوقت نفسه ستكون هناك أقسام نفسية فى كل المستشفيات العامة ، تستوعب ما بين عشرة

وعشرين مريضاً ، والمطلوب هو أن نصل إلى معدل سرير واحد طبنفسى ، مقابل كل عشرة أسرة طبية ، كذلك نقترح تشجيع العلاج النفسى المكثف فى العيادات الخارجية فى كل المستشفيات العامة ، ونرجو أن نضع حقبة إلغاء المستشفيات العقلية كسراب بعيد التحقيق ، وأن نكون مدركين للعبء الذى نطالب المجتمع بتحمله .

إن برنامج الصحة العقلية فى العشر سنوات التالية سوف يوفر مستشفى للبقاء طويل المدى ، تستوعب مابين ١٠٠-٢٠٠ سرير فى كل محافظة ، بالإضافة إلى مركز نهارى خارجى وأسرة للبقاء قصير المدى للحالات الحادة ، ومن المنتظر أن تتسع خدمات المرضى الخارجيين لدور أساسى ، يلعبه الأخصائى الاجتماعى النفسى، والأخصائيون النفسيون الأكلينيكيون والزائرون الصحيون النفسيون مع المشاركة الإيجابية لهيئة التمريض الطبنفسية .

سوف يركز البرنامج المصرى على استدعاء أطراف أخرى للمساهمة فى الفريق الطبنفسى ، مثل الأخصائى النفسى الإكلينيكى ، والأخصائى الاجتماعى النفسى ، والمعالجين المهنيين ، والزائرين الصحيين العقليين والتمريض النفسى من المستويين : مستوى معهد التمريض العالى ، ومستوى مدارس التمريض . إن التركيز على هذه النقطة يستدعى بذل المجهود ذاته ، الذى يستدعيه تخريج أطباء نفسيين ، ذلك إن لم يتجاوزه .

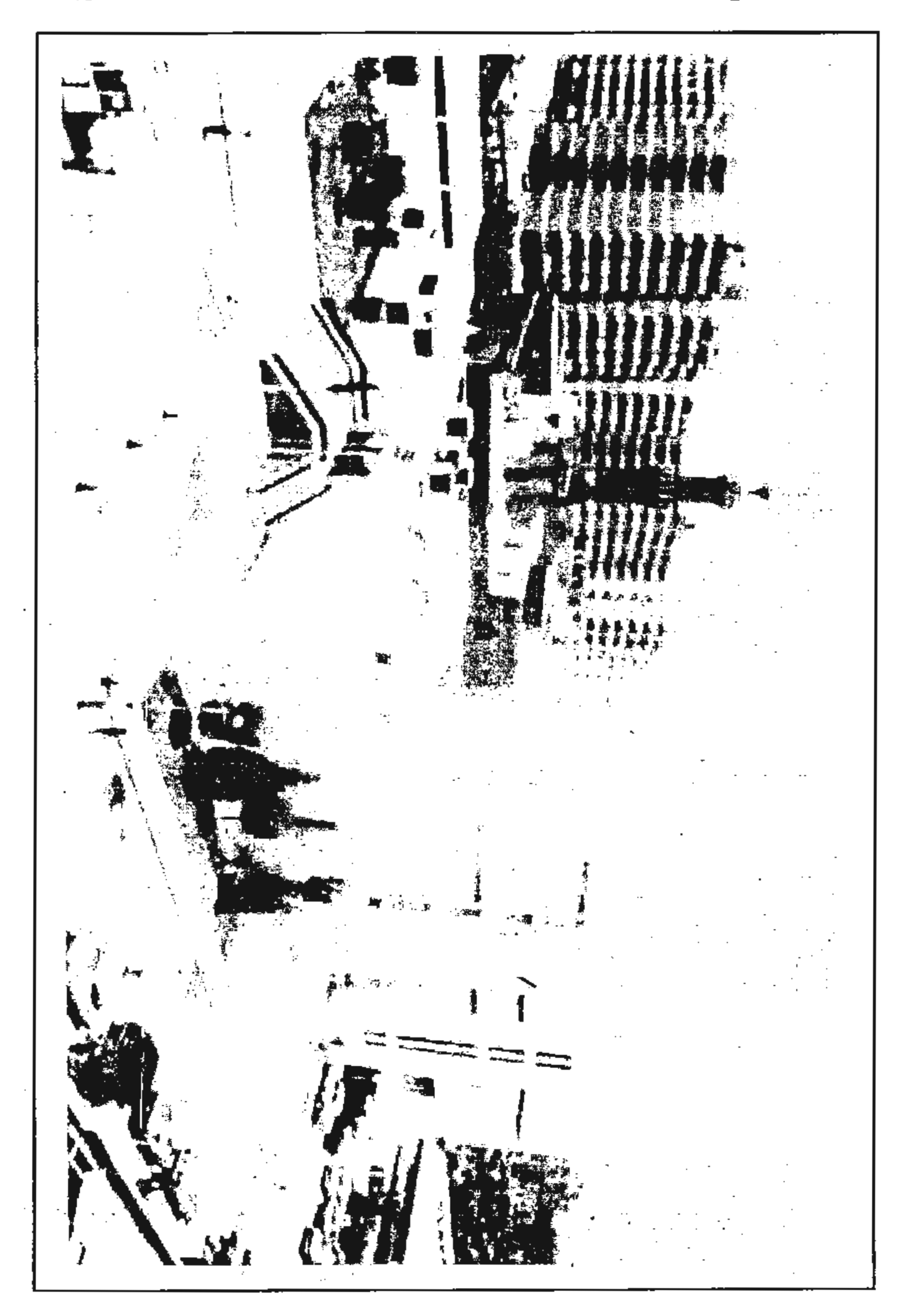
وقد تم افتتاح مركز طبنفسى نموذجى بجامعة عين شمس ، منذ عام ١٩٩٠م ، ونأمل تكرار تنفيذه فى محافظات أخرى فى مصر .

لقد بدأ تمويل المركز بالتبرعات ثم دعمته الحكومة فيما بعد ، وقد كنت شخصياً من البداية وراء دعوة الناس إلى تحمل مسئوليتهم فى مساعدة الدولة لبناء مثل هذا المركز المتكامل ، ولى الشرف أن أكون أول رئيس ومؤسس لهذا المركز ، ورئيساً شرفياً له مدى الحياة .

ويخدم المركز مائة مريض بالقسم الداخلى ، ويتضمن أقساماً لعلاج سوء استخدام العقار ، وطب نفسى الأطفال وطب نفس الشيخوخة . ويتم التركيز فى المركز على خدمات المرضى الخارجيين ، حيث يمكننا مناظرة حوالى مائة مريض يومياً ، طوال خمسة أيام فى الأسبوع ؛ أى ألفى مريض فى الشهر ، وسوف يكون اشتراك الأخصائى الاجتماعى النفسى والتمريض النفسى والأخصائيين مع الأطباء النفسيين فى تقديم خدمات متكاملة للمرضى ، بمثابة نموذج يحتذى به للمراكز الأخرى .

ويعمل المركز بالتعاون مع المعهد العالى للتمريض ومدارس التمريض وكليات الخدمة الاجتماعية وأقسام علم النفس بالجامعات لتدريب الخريجين على التعامل متعدد المناهج مع الاضطرابات الطبنفسية . إن هذا المركز يبرز مبدأ أن الاضطراب الطبنفسى ، يحتاج إلى مدخل متكامل نفسى – اجتماعى – بيولوجى، وأن العلاج لمرضانا سيظل ناقصاً ، طالما أننا لانتعامل مع المريض أثناء أخذ التاريخ المرضى والبحث فى الأسباب والعلاج كوحدة بيولوجية نفسية اجتماعية .

إن تغطية وسائل الإعلام لهذا المركز قد أعطت إشارة البدء لعدد من المبادرات الرائدة ؛ من أجل البدء فى مشاريع مراكز تستند – بالأساس – إلى التبرعات ، حيث إن الدولة فى البلدان النامية ليست قادرة أن تتكفل وحدها بتمويل برامج الصحة النفسية ، وأن توليها الأولوية ذاتها التى توليها للمشاكل الصحية الأخرى ، والحق أن الزملاء فى الجامعات المختلفة بدأوا فى إنشاء مراكز للطب النفسى تتميز بالجهد الذاتى لهؤلاء الزملاء فى طنطا ، والاسكندرية ، وطب بنات الأزهر وجامعة القاهرة .



مركز الطب النفسي - جامعة عين شمس

الخدمات العلاجية

فى دور الاستشفاء النفسى والعقلى فى مصر

إن التخطيط لبرنامج قومى للصحة النفسية يجب أن يدرس ويتبع الخطوات التالية :

(١) حجم المشكلة :

حوالى ٣٠ ٪ من سكان أى شعب يعانون من مرض نفسى ، ويلجأ ٢٠ ٪ منهم للعلاج الشعبى أو الطبى ، ويكتشف الممارس العام أنها نفسية فى حوالى ١٠ ٪ من حالات ، ويذهب ٢,٣ ٪ للطبيب النفسى ، وأخيراً ٠,٥ ٪ سيحتاج للدخول بالمستشفى .

إن المشاكل النفسية تمثل ١٥ ٪ من العبء المترتب على المرض فى العالم.

(٢) شدة المشكلة :

الوفـاة :

ينتحر حوالى ٢٠ ٪ من مرضى الاكتئاب والهلع ، وكذلك ١٥ ٪ من مرضى الفصام .

العجز :

الاكتئاب هو ثالث الأمراض التى تسبب العجز ، ومن المنتظر أن يكون أول الأمراض فى عام ٢٠٣٠ ، ناهيك عن العجز الناتج من الفصام ، التخلف العقلى ، خرف الشيخوخة . ولايشابه الاكتئاب فى عدد الأيام التى يقضيها المريض فى السرير إلا حالات هبوط القلب ؛ إذ إن عجز الاكتئاب يفوق الروماتيزم ، وأمراض الكلية والرئة ... إلخ .

العبء علي الأسرة :

التدهور الاقتصادى .

(٣) أهمية المشكلة :

يؤثر المرض النفسى على جودة الحياة ، ويؤدى إلى التدهور الاقتصادى .

(٤) القدرة علي التحكم في المرض :

تقدمت تقدماً ملموساً فى الوقاية والعلاج والتأهيل .

(٥) الموارد المتاحة :

البشرية – الأماكن – الإدارة .

نسب انتشار الأمراض النفسية فى العالم والبلاد العربية ومصر

الاضطراب	العالم ٦ بليون	البلاد العربية ٢٧٥ مليون	مصر ٧٦ مليون
الاضطرابات النفسية و العصبية	٤٥٠ مليون	٢١ مليون	٤,٥ مليون
الاكتئاب	١٢١ مليون	٥,٦ مليون	١,٢ مليون
الفصام	٢٤ مليون	١,١ مليون	٠,٥ مليون
الصرع	٥٠ مليون	٢,٣ مليون	٠,٥ مليون
الانتحار / عام	١ مليون	حوالي ٤٦٠٠٠	حوالي ١٠٠٠٠

منظمة الصحة العالمية
و منقحة للبلاد العربية و مصر (عكاشه ٢٠٠٨)

(٦) التكاليف :

مباشرة غير مباشرة

(٧) إيداع المرضي :

يلتزم دخول المرضى للمستشفيات النفسية سواء الإرادى أو الإلزامى بقانون رعاية المريض النفسى والذى وافق عليه مجلس الشعب فى أبريل ٢٠٠٩ .

كشف الأمين العام للصحة النفسية فى مصر(٢٠٠٩) عن تسريح مستشفيات الصحة النفسية فى العديد من المحافظات لنزلائها من المرضي تمهيداً لتطبيق قانون رعاية المريض النفسى الذى تم إقراره من مجلس الشعب فى إبريل ٢٠٠٩ . و قال مدير مكتب مركز معلومات الصحة النفسية ، أن الأمانة العامة أوصت بإخراج المرضي الذين أمضوا سنوات فى المستشفيات ، و أضاف أن إحصائيات المركز كشفت عن إخراج ١٥ ٪ من نزلاء مستشفي العباسية و ٤١ ٪ من مستشفي المعمورة و ٥٣ ٪ من مستشفي مصر الجديدة و ٩ ٪ من نزلاء الخانكة و ٥٥ ٪ من مستشفي حلوان و١٠٠ ٪ من نزلاء مستشفي أسيوط و ٩٢ ٪ من بورسعيد و ذلك خلال الشهر الماضى.

و قال مدير عام مستشفي الخانكة للصحة النفسية، إن أهالى المرضي يرفضون تسلمهم بدعوي أنهم لم يكملوا فترة العلاج، و قال : إن إدارة المستشفي ترسل خطابا

إلي أهل المريض و ترسل أخصائيا لإقناع الأهالي بتسلم مريضهم، و لكن ٩٠٪ من الأهالي يرفضون ذلك، حتي ولو أرسلنا إليهم مع أحد موظفينا.

و اعتقد أن هذه السياسة خاطئة و تشكل خطورة علي المجتمع، لأنه يوجد كثير من المرضي الذين تم تسريحهم مازالت عندهم أعراضاً سلبية قد تؤدي إلي اندفاعات عدوانية و أعتقد أنه وراء إخلاء المرضي النفسيين بالمستشفيات هدفا خفيا للاستيلاء علي أراضي هذه المستشفيات وليست لمصلحة المريض أو الأسرة .. و الله أعلم .

الخدمات النفسية المطلوبة حسب تقدير هيئة الصحة العالمية (٢٠٠٤)

	المحكات	الشروط
حقوق الإنسان	– تطبيق توصيات الأمم المتحدة لحقوق المريض النفسي . – إيداع المريض (في غرفة منفردة مغلقة) . – الحجز الإجباري .	– ضروري – ممنوع – لايزيد عن ١٠٪ من المحجوزين .
الميزانية	الأمراض العقلية .	– لاتقل عن ١٠٪ من ميزانية الصحة
الخدمات	– يجب أن تكون ٧٥٪ من الخدمات موزعة على أنحاء البلاد . – تخصيص ٢٥٪ من أسرة المستشفيات العامة للأمراض النفسية . – لايصح أن تكون الخدمات النفسية بعيدة عن المريض أكثر من ساعة في ما لايزيد عن ٢٠٪ من الحالات .	
عدد الأسرة الأطباء النفسيين مدة الإقامة	–٠,٥–٠,٨٪ / ١٠٠٠ مواطنة . – في مصر ١,٠/١٠٠٠ مواطن . – ٠,٢٥٪ –١ / ١٠,٠٠٠ – في مصر ١/ ١٣٠,٠٠٠ لاتزيد عن شهر لاتزيد مدة الإقامة عن شهر ، في أكثر من ١٪ .	

عدد الحالات الحادة التى تحتاج للمستشفى

المرض	توصيات منظمة الصحة العالمية	القاهرة ١٥ مليون	مصر ٧٦ مليون
الفصام	٥٠	١٥٠٠	٦٤٠٠
الذهان الحاد	٣٠	٩٠٠	٣٨٤٠
الإكتئاب	٥	١٥٠	٦٤٠

الأسرة المطلوبة لثلاثة أمراض نفسية

المرض	توصيات منظمة الصحة العالمية	القاهرة ١٥ مليون	مصر ٧٦ مليون
الفصام	٥٦	١٦٨٠	٧١٦٨
الذهان الحاد	٢٨	٨٤٠	٣٥٨٤
الإكتئاب	٦	١٨٠	٧٦٨
المجموع	٩٠	٢٧٠٠	١١٥٢٠

الحاجة للأسرة للمكوث لمدة أطول من ٦ شهور

العدد	عدد الأسرة	مدة المكوث	القاهرة ١٥ مليون
١٠٠٠٠٠	٥,٣	٦ شهور	٧٩٥
١٠٠٠٠٠	٣,٣	سنه	٤٩٥
١٠٠٠٠٠	١,٦	سنتين	٢٤٠
١٠٠٠٠٠	١,٣	٣ سنوات	١٩٥

وقد قامت الأمانة العامة للصحة النفسية فى مصر بالمسح الوطنى لمعدلات انتشار الاضطرابات النفسية فى مصر وتعتبر هذه الدراسة خطوة مبدئية للمسح الوطنى لانتشار الاضطرابات النفسية فى مصر . وقد أجرى الباحثون مسحاً للأسر من دار لدار ضم ١٤٦٤٠ بالغاً فى المرحلة العمرية ١٨ - ٦٤ سنة وذلك فى خمس مناطق فى مصر . وقد استخدموا فى تشخيص الاضطرابات النفسية «مينى - بلس MINI - PLUS» التشخيصية . وبلغ معدل الانتشار الإجمالى التقديرى بين البالغين المدرجين فى الدراسة ١٦,٩٣ ٪ . وتمثلت المشاكل الرئيسية فى اضطرابات المزاج ٦,٤٣ ٪ ، واضطرابات القلق ٤,٧٥ ٪ ، والاضطرابات المتعددة ٤,٧٢ ٪ . وترابطت الاضطرابات النفسية مع عوامل اجتماعية ديمغرافية (من قبيل : الأنوثة، البطالة، والطلاق) وعلل بدنية (من قبيل : مرض القلب ، ومرض الكلية، وفرط ضغط الدم) . ويشير الجدول التالى للنسب المختلفة .

المسح القومي لمعدلات الاضطرابات النفسية في مصر
(العدد ١٤٦٤٠ نسمة - ٢٠٠٩)

أنواع الاضطراب	العدد	النسبة (%)
اضطراب المزاج	٩٤٢	٦,٤٣
اضطراب الاكتئاب الجسيم	٣٩٥	٢,٧٠
اضطراب عسر المزاج	١٥١	١,٠٣
اضطراب هوس تحت حاد	٢٧	٠,١٨
اضطراب عسر المزاج قبل الطمث	٣٦٩	٢,٥٢
اضطراب القلق	٦٩٤	٤,٧٥
اضطراب الهلع	١٠٠	٠,٦٨
اضطراب رهاب الساحة	٧٣	٠,٥٠
اضطراب الرهاب الإجتماعي	٣٣	٠,٢٣
اضطراب الرهاب الحاد	١٩٧	١,٣٥
اضطراب الوسواس القهري	٩٩	٠,٦٨
اضطراب الكرب التالي للصدمة	١٦	٠,١١
اضطراب القلق العام	١٣٣	٠,٩١
اضطراب القلق والاكتئاب المختلط	٤٣	٠,٢٩
اضطراب الشبيه الجسدي	٩٧	٠,٦٧
اضطراب الجسدنة	٢٠	٠,١٤
التوهم المرضي	٤٥	٠,٣١

اضطراب تشوه الجسم	٢١	٠,١٤
اضطراب الألم	١١	٠,٠٨
اضطراب ذهاني	٢٨	٠,١٩
الكحولية	٥	٠,٠٣
اضطراب المواد الإدمانية	١٩	٠,١٣
اضطرابات التكيف	٤	٠,٠٣
اضطرابات متواكبة	٦٩١	٤,٧٢

وفى مسح آخر لأمانة الصحة النفسية لعام ٢٠٠٨ أجرى على ٨ محافظات من مصر هم : الجيزة ، بنى سويف ، الفيوم ، المنيا ، أسيوط ، سوهاج ، قنا ، وأسوان وجد أن معدل انتشار الأمراض النفسية هو حوالى ١٧,٦ ٪ مقسمة كالآتى : ١٠,٧ ٪ اضطرابات المزاج، ٩,١ ٪ اضطرابات القلق، ٤,٦ ٪ اضطرابات شبه جسدية وتحولية و١,٨ ٪ من اضطرابات ذهانية.

تصنيف اضطرابات الطب النفسي والعقلي

التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية

منظمة الصحة العالمية ١٩٩٢ (الفصل الخامس)

قائمة بالفئات ثلاثية الصفة ف. --. : ف٩٩

- **ف. الاضطرابات النفسية العضوية ، بما فيها الاضطرابات المترافقة بالأعراض (ذات العلاقة بأعراض).**

F00-F09 ORGANIC INCLUDING SYMPTOMATIC MENTAL DISORDERS.

ف. الخرف فى مرض ألزهيمر :

F00 DEMENTIA IN ALZHEIMER DISEASE.

ف ٠,٠ الخرف المبكر فى مرض ألزهيمر (النوع ٢)

F00.0 DEMENTIA IN ALZHEIMER DISEASE WITH EARLY ONSET.

ف ١,٠٠ الخرف المتأخر فى مرض ألزهيمر (النوع ١) .

F00,1 DEMENTIA IN ALZEIMER DISEASE WITH LATE ONSET.

ف ٢,٠٠ الخرف فى مرض ألزهيمر ، النوع اللانموذجى أو المختلط .

F00,2 DEMENTIA IN ALZHEIMER DISEASE ATYPICAL OF MIXED TYPE.

ف٩,٠٠ غير المُعين .

F00,9 UNSPECIFIED.

ف١٠ الخرف الوعائى المنشأ .

F01 VASCULAR DEMENTIA.

ف٠,١٠ الخرف الوعائى ذو البداية الحادة

F01,0 VASCULAR DEMENTIA OF ACUTE ONSET.

ف ١,١٠ الخرف الوعائى متعدد الاحتشاءات (القشرى غالباً) .

F01,1 MULTI-INFARCT (PREDOMINANTLY CORTICAL) DEMENTIA.

فـ٢ ر١٠ الخرف الوعائى تحت القشرى .

F01,2 SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA.

فـ١,٣ ، الخرف الوعائى القشرى وتحت القشرى المختلط .

F01,3 MIXED CORTICAL AND SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA.

فـ١,٨ ، أخرى .

F01,8 OTHER.

فـ١,٩ ، غير المعين .

F01,9 UNSPECIFIED.

فـ٢ ، الخرف فى أمراض مصنفة فى مكان آخر .

F02 DEMENTIA IN OTHER DISEASES CLASSIFIED ELSEWHERE

فـ ٠ ر٢ ، الخرف فى مرض «بيك» .

F0 2,2 DEMENTIA IN PICK'S DISEASE.

فـ٢,١ ، الخرف فى مرض «جاكوب – كروتـزفيلد» .

F02,1 DEMENTIA IN JACOB CREUTZFELDT DISEASE.

فـ٢،٢ ، الخرف فى مرض «هنتنجتون» .

F02,2 DEMENTIA IN HUNTINGTON DISEASE.

فـ٢,٣ ، الخرف فى مرض باركنسون (الشلل الرعاش) .

F02.3 DEMENTIA IN PARKINSON DISEASE.

فـ٢,٤ ، الخرف فى مرض فيروس العوز المناعى البشرى (الإيدز) .

F02.4 DEMENTIA IN HIV DISEASE.

فـ٢,٨ ، الخرف فى أمراض أخرى مصنفة فى مكان آخر .

F0.2.8 DEMENTIA IN OTHER SPECIFIED DISEASES CLASSIFIED ELSEWHERE.

فـ٣ ، الخرف ، غير المحدد .

F03 UNSPECIFIED DEMENTIA.

• الصفة الخامسة التي تحدد الخرف ف..-ف٣، المصاحب بأعراض إضافية .

FIFTH CHARACTER SPECIFYING DEMENTIA IN F00-F-03 WITH ADDITIONAL SYMPTOMS.

* ر ، دون أعراض إضافية .

* 0 WITHOUT ADDITIONAL SYMPTOMS.

١ * ر ، أعراض أخرى ضلالية أساساً .

*1 OTHER SYMPTOMS, PREDOMINANTLY DELUSIONAL.

٢*ر ، أعراض أخرى هلوسية أساساً .

*2 OTHER SYMPTOMS, PREDOMINANTLY HALLUCINATORY.

٣*ر ، أعراض أخرى اكتئابية أساساً .

*3 OTHER SYMPTOMS, PREDOMINANTLY DEPRESSIVE.

٤*ف ر ، أعراض مختلطة أخرى .

*4 OTHER MIXED SYMPTOMS.

ف٤ ، زملة النساوة العضوية (الزملة العضوية لفقد الذاكرة) ، بخلاف المحدثة بالكحول والعقاقير .

F04 ORGANIC AMNESIC SYNDROME,OTHER THAN INDUCED BY ALCOHOL AND DRUGS.

ف٥ ، الهذيان (البطاح) ، بخلاف المحدث بالكحول أو العقاقير .

F05 DELIRIUM, OTHER THAN INDUCED BY ALCOHOL AND DRUGS.

ف ، ر٥ ، هذيان غير مضاف إلى خرف .

F05,0 DELIRIUM, NOT SUPERIMPOSED ON DEMENTIA.

ف١ ,٥ ، الهذيان مضافاً إلى خرف .

F05,1 DELIRIUM SUPERIMPOSED ON DEMENTIA.

ف٥,٨ ، أخرى .

F05,8 OTHER.

ف٥,٩ ، غير محددة .

F05.9 UNSPECIFIED.

ف٦ ، الاضطرابات الأخرى الناجمة عن أمراض ، أو اختلالات مخية أو أمراض بدنية .

F06 OTHER MENTAL DISORDER DUE TO BRAIN DAMAGE AND DYSFUNCTION AND TO PHYSICAL DISEASE.

ف ، ر ، ٦ الخيلولة العضوية ، (الهلوسة العضوية) .

F06,0 ORGANIC HALLUCINOSIS.

ف١ر٦ ، اضطراب الجامود العضوى .

F06,1 ORGANIC CATATONIC DISORDER.

ف٢ر٦ ، اضطراب الضلالة العضوى ، أو الاضطرابات شبه الفصامية العضوية .

F06,2 ORGANIC DELUSIONAL (SCHIZOPHRENIA-LIKE) DISORDER.

ف٣ر٦ ، الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) العضوية .

F06,3 ORGANIC MOOD (AFFECTIVE) DISORDERS.

ف ٦,٣٠ ، اضطراب هوس عضوى .

F06,30 ORGANIC MANIC DISORDER.

ف ٦,٣١ اضطراب ثنائى القطب عضوى .

F06.31 ORGANIC BIPOLAR DISORDER.

ف ٦,٣٢ اضطراب اكتئابى عضوى .

F06,32 ORGANIC DEPRESSIVE DISORDER.

ف ٦,٣٣ اضطراب وجدانى مختلط عضوى .

F06,33 ORGANIC MIXED AFFECTIVE DISORDER.

ف٤ر٦ اضطراب القلق العضوى .

F06,4 ORGANIC ANXIETY DISORDER.

ف٥ر٦ ، اضطراب انشقاقى عضوى .

F06,5 ORGANIC DISSOCIATIVE DISORDER.

ف٦ر٦ ، اضطراب الهشاشة الانفعالية (الانفعال المتغير) أو (اضطراب الوهن العضوى) .

F06.6 ORGANIC EMOTIONALLY LABILE (ASTHENIC) DISORDER.

ف٧ر٦ ، اضطراب معرفى خفيف الشدة .

F06,7 MILD COGNITIVE DISORDER.

ف٨ر٦ ، أخرى .

F06,8 OTHER.

ف٩ر٦ ، غير محددة .

F06,9 UNSPECIFIED.

ف٧ ، اضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض أو إصابة أو خلل وظيفى بالمخ .

F07 PERSONALITY AND BEHAVIOURAL DISORDERS DUE TO BRAIN DISEASE, DAMAGE AND DYSFUNCTION.

ف ٠ ر٧ ، اضطراب الشخصية العضوى .

F07,0 ORGANIC PERSONALITY DISORDER.

ف١ر٧ ، زملة مابعد الالتهاب الدماغى .

F07,1 POSTENCEPHALITIC SYNDROME.

ف٢ر٧ ، زملة مابعد ارتجاج المخ (زملة مابعد الإصابة المخية العضوية) .

F07,2 POSTCONCUSSIONAL SYNDROME (POST TRAUMATIC ORGANIC BRAIN SYNDROME).

ف٨ر٧ ، أخرى .

F07,8 OTHER

ف ٩,٧ ، غير محددة .

F07,9 UNSPECIFIED.

ف٩ .. اضطرابات عقلية عضوية أو إعراضية ، غير محددة .

F09 UNSPECIFIED ORGANIC OR SYMPTOMATIC MENTAL DISORDER.

ف١ الاضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسانية الفاعلية .

F10-F19 MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS DUE TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE.

ف١٠ الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكحول .

F10 DISORDER RESULTING FROM USE OF ALCOHOL.

ف١١ الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الأفيون .

F11 DISORDERS RESULTING FROM USE OPIOIDS.

ف١٢ الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الحشيش .

F12 DISORDERS RESULTING FROM USE OF CANNABINOIDS.

ف١٣ الاضطرابات الناجمة عن استخدام المهدئات أو المنومات .

F13 DISORDERS RESULTING FROM USE OF SEDATIVES OR HYPNOTICS.

ف١٤ الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكوكايين

F14 DISORDERS RESULTING FROM USE OF COCAINE.

ف١٥ الاضطرابات الناجمة عن استخدام منبهات أخرى (بما فيها مادة الكافيين) .

F15 DISORDERS RESULTING FROM USE OF OTHER STIMULANTS (INCLUDING CAFFEINE).

ف١٦ الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير الهلوسة (المهلوسات) .

F16 DISORDERS RESULTING FROM USE OF HALLUCINOGENS.

ف١٧ الاضطرابات الناجمة عن استخدام التدخين .

F17 DISORDERS RESULTING FROM USE OF TOBACCO.

ف١٨ الاضطرابات الناجمة عن استخدام المذيبات المتبخرة .

F18 DISORDERS RESULTING FROM USE OF VOLATILE SOLVENTS.

ف١٩ الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير متعددة ، واستخدام مواد أخرى نفسانية الفاعلية .

F19 DISORDERS RESULTING FROM MULTIPLE DRUG USE AND USE OF OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES.

الشفرة الخاصة بالصفتين الرابعة والخامسة لتحديد الحالة الأكلينيكية

FOUR AND FIVE CHARACTERS CODES FOR SPECIFYING THE CLINICAL CONDITIONS.

ر التسمم الحاد

F1*,0 ACUTE INTOXICATION.

ر دون مضاعفات

00, UNCOMPLICATED.

١ . ر المصحوب بإصابة أو أى جروح جسمية أخرى .

01, WITH TRAUMA OR OTHER BODILY INJURY.

٢ . ر المصحوب بمضاعفات طبية أخرى .

02, WITH OTHER MEDICAL COMPLICATIONS.

٣ . ١ المصحوب بهذيان .

03, WITH DELIRIUM.

٤ . ر المصحوب بتشوهات إدراكية .

04, WITH PERCEPTUAL DISTORTIONS.

٥ . ر المصحوب بغيبوبة .

05, WITH COMA.

٦ . ر المصحوب بتشنجات .

06. WITH CONVULSIONS.

٧ . ر التسمم المرضى .

07, PATHOLOGICAL INTOXICATION.

١ . ر استخدام مؤذ (التعاطى) .

F1 *.1 HARMFUL USE.

٢ . ر زملة الاعتماد .

F1 *.2 DEPENDENCE SYNDROME.

٢٠ر حالياً ممتنع .

.20 CURRENTLY ABSTINENT,

٢١ر حالياً ممتنع ، ولكن فى بيئة آمنة .

.21 CURRENTLY ABSTINENT BUT IN A PROTECTED ENVIRONMENT,

٢٢ر حالياً على نظام ثابت مراقب إكلينيكياً .

22 CURRENTLY ON A CLINICALLY SUPERVISED REGIME,

٢٣ر حالياً ممتنع ، ولكن يعالج بعقاقير منفردة أو (عائقة) .

.23 CURRENTLY ABSTINENT BUT UNDER TREATMENT ON AVERSIVE OR BLOCKING DRUGS,

٢٤ر حالياً يستخدم العقار .

.24 CURRENTLY USING THE SUBSTANCE,

٢٥ر استخدام مستمر .

.25 CONTINUOUS USE,

٢٦ر استخدام نوابى .

.26 EPISODIC USE,

٣ر حالة انسحاب .

F1 *,3 WITHDRAWAL STATE.

٣٠ر دون مضاعفات .

.30 UNCOMPLICATED,

٣١ر مع تشنجات .

.31 WITH CONVULSIONS,

٤ر حالة انسحاب مع هذيان .

F1 *.4 WITHDRAWAL STATE WITH DELIRIUM.

٤٠ر دون تشنجات .

.40 WITHOUT CONVULSIONS,

٥ر اضطراب ذهانى .

F1 *.5 PSYCHOTIC DISORDER.

٥٠ر مثل الفصام .

.50 SCHIZOPHRENIA LIKE,

٥١ر ضلالى أساساً .

.51 PREDOMINANTLY DELUSIONAL,

٥٠ر هلوسى أساساً .

.52 PREDOMINANTLY HALLUCINATORY,

٥٣ر متعدد الشكل أساساً .

.53 PREDOMINANTLY POLYMORPHIC,

٥٤ر أعراض اكتئابية أساساً .

.54 PREDOMINANTLY DEPRESSIVE SYMPTOMS,

٥٥ر أعراض هوس أساساً .

.55 PREDOMINANTLY MANIC SYMPTOMS,

٥٦ر مختلط .

.56 MIXED,

٦ر زملة النساوة (فقد الذاكرة) المترتبة على كحول أو عقار .

F1 *.6 ALCOHOL AND DRUG INDUCED AMNESIC SYNDROME.

٧ر الاضطراب المتبقى والذهانى متأخر البداية المترتب على كحول أو عقار .

F1 *.7 ALCOHOL AND DRUG INDUCED RESIDUAL AND LATE ONSET PSYCHOTIC DISORDER.

٧٠ر الارتجاعات الزمنية .

.70 FLASHBACKS,

٧٠ر اضطراب الشخصية أو السلوك .

.71 PERSONALITY OR BEHAVIOUR DISORDER,

٧٢ر اضطراب وجدانى متبقى .

.72 RESIDUAL AFFECTIVE DISORDERN,

٧٣ر اضطراب مترتب على كحول أو عقار .

.73 ALCOHOL AND DRUG INDUCES DEMENTIA,

٧٤ر أنواع أخرى من الخلل المعرفى المستمر .

.74 OTHER PERSISTING COGNITIVE IMPAIRMENT,

٧٥ر اضطراب ذهانى متأخر البداية .

.75 LATE ONSET PSYCHOTIC DISORDER,

٨ر اضطرابات عقلية أو سلوكية أخرى مترتبة على كحول أو عقاقير .

F1 *,8 OTHER MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS INDUCED BY ALCOHOL DRUGS.

٩ر اضطرابات عقلية أو سلوكية غير محددة مترتبة على كحول أو عقاقير .

F1 *.9 UNSPECIFIED MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDER INDUCED BY ALCOHOL AND DRUGS.

ف٢ الفصام ، والحالات فصامية الطابع واضطرابات الضلالة (الاستضلال).

F20-F29 SCHIZOPHRENIA, SCHIZOTYPAL AND DELUSIONAL DISORDERS.

ف٢-. الفصام •

F20 SCHIZOPHRENIA*

ف٠ ٢, الفصام البارانويدى (الزورانى) (الضلالى) .

F20.0 PARANOID SCHIZOPHRENIA,

ف ١ ٢, فصام البلوغ (المراهقة) الفصام الهيبفرينى .

F20.1 HEBEPHRENIC SCHIZOPHRENIA,

ف ٢ ٢, الفصام الكتاتونى (التصلبى أو التخشبى أو الجامودى) .

F20.2 CATATONIC SCHIZOPHRENIA,

ف ٣ ٢, الفصام غير المميز .

F20.3 UNDIFFERENTIATED SCHIZOPHRENIA,

ف ٤ ٢, اكتئاب مابعد الفصام .

F20.4 POST SCHIZOPHRENIC DEPRESSION,

ف ٥ ٢, الفصام المتبقى .

F20.5 RESIDUAL SCHIZOPHRENIA,

ف ٢,٦ الفصام المبسط .

F20.6 SIMPLE SCHIZOPHIRENIA

ف ٢,٨ أخرى .

F20.8 OTHER,

ف ٢,٩ الفصام غير المحدد .

F20.9 UNSPECIFIED,

- **نمط المسار.**

PATTERN OF COURSE*.

ف. ر٢٠ متصل .

F20.*0 CONTINUOUS.

ف١ر٢٠ نوابى مع تدهور متزايد

F20. *1 EPISODIC WITH PROGRESSIVE DEFICIT.

ف٢ر٢٠ نوابى مع تدهور ثابت .

F20. *2 EPISODIC WITH STABLE DEFICIT.

ف٣ر٢٠ نوابى متحسن .

F20. *3 EPISODIC REMITTENT.

ف٤ر٢٠ تحسن غير كامل .

F20. *4 INCOMPLETE REMISSION.

ف٥ر٢٠ تحسن كامل .

F20. *5 COMPLETE REMISSION.

ف٨ر٢٠ أخرى .

F20. 80 OTHER.

ف٩ر٢٠ فترة الملاحظة أقل من سنة واحدة .

F20.9 PERIOD OF OBSERVATION LESS THAN ONE YEAR.

ف٢١ اضطراب فصامى الطابع .

F21 SCHIZOTYPAL DISORDER.

ف٢٢ اضطرابات الضلالة المستمرة .

F22.0 DELUSIONAL DISORDER.

ف٨ر٢٢ اضطرابات ضلالة مستمرة أخرى .

F22.8 OTHER.

ف٩ر٢٢ غير محددة .

F22.9 UNSPECIFIED.

ف٢٣ اضطرابات ذهانية حادة وعابرة .

F23 ACUTE AND TRANSIENT PSYCHOTIC DISORDERS.

ف.ر٢٣ اضطراب ذهانى حاد (دون أعراض فصام) .

F23.0 ACUTE PSYCHOTIC DISORDER WITHOUT SYMPTOMS OF SCHIZO-PHRENIA.

ف..ر٢٣ غير مصاحب بكرب حاد .

.*0 WITH ASSOCIATED ACUTE STRESS,

- **ف١ر٢٣ اضطراب ذهاني حاد متعدد الشكل (مع أعراض فصام) .**

F23.1 ACUTE POLYMORPHIC PSYCHOTIC DISORDER WITH SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA.

ف١٠ر٢٣ غير مصاحب بكرب حاد .

.*1 WITHOUT ASSOCIATED ACUTE STRESS,

ف١١ر٢٣ مصاحب بكرب حاد .

WITH ASSOCIATED ACUTE STRESS,

- **ف٢ر٢٣ اضطراب ذهاني حاد شبيه الفصام .**

F23.2 ACUTE SCHIZOPHRENIA LIKE PSYCHOTIC DISORDER.

ف٢٠ر٢٣ غير مصاحب بكرب حاد .

F23.20 WITHOUT ASSOCIATED ACUTE STRESS,

ف٢١ر٢٣ مصاحب بكرب حاد .

F23.21 WITH ASSOCIATED ACUTE STRESS,

• ف٣ر٢٣ اضطراب ذهاني حاد آخر، غالباً ضلالي .

F23,3 OTHER ACUTE PREDOMINANTLY DELUSIONAL PSYCHOTIC DISORDER.

ف٣ر٢٣ غير مصاحب بكرب .

WITHOUT ASSOCIATED STRESS,30.

ف٣١ر٢٣ مصاحب بكرب .

WITH ASSOCIATED STRESS,31.

• ف٨ر٢٣ أخري .

F23,8 OTHER.

• ٩ر٢٣ غير محددة .

F23,9 UNSPECIFIED.

• ف٢٤ اضطراب ضلالي محدث (الجنون المشاطر) .

F24 INDUCED DELUSIONAL DISORDER.

ف٢٥ اضطرابات الفصام الوجدانى .

F25 SCHIZOAFFECTIVE DISORDERS.

ف .ر٢٥ اضطراب الفصام الوجدانى ، نوع الهوس .

F25,0 SCHIZOAFFECTIVE DISORDER, MANIC TYPE.

ف١ر٢٥ اضطراب الفصام الوجدانى ، نوع الاكتئاب .

F25,1 SCHIZOAFFECTIVE DISORDER, DEPRESSIVE TYPE.

ف٢ر٢٥ اضطراب الفصام الوجدانى ، نوع مختلط .

F25,2 SCHIZOAFFECTIVE DISORDER, MIXED TYPE.

ف٨ر٢٥ أخرى .

F25,8 OTHER.

ف٩ر٢٥ غير محددة .

F25,9 UNSPECIFIED.

ف٢٨ اضطرابات ذهانية غير عضوية أخرى .

F28 OTHER NONORGANIC PSYCHOTIC DISORDERS.

ف٢٩ ذهان غير عضوى غير محدد .

F29 UNSPECIFIED NONORGANIC PSYCHOSIS.

ف٣ اضطرابات المزاج (الوجدان) .

F30-F39 MOOD (AFFECTIVE) DISORDERS.

ف٣٠ نوبة هوس .

F30 MANIC EPISODE.

ف.ر٣٠ هوس خفيف الشدة .

F30.0 HYPOMANIA,

ف١ر٣٠ هوس دون أعراض ذهانية .

F30.1 MANIA WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS,

ف٢ر٣٠ هوس مع أعراض ذهانية .

F30.2 MANIA WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS,

ف٨ر٣٠ أخرى .

F30.8 OTHER,

ف ٩ر٣٠ غير محددة .

F30.9 UNSPECIFIED,

ف٣١ اضطراب وجدانى ثنائى القطب .

F31 BIPOLAR AFFECTIVE DISORER.

ف.ر٣١ النوبة الحالية هوس خفيف الشدة .

F31.0 CURRENT EPISODE HYPOMANIC,

ف١ر٣١ النوبة الحالية هوس دون أعراض ذهانية .

F31.1 CURRENT EPISODE MANIC WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS ,

ف٢ر٣١ النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة .

F31.2 CURRENT EPISODE MILD OR MODERATE DEPRESSION,

فـ٣٠ر٣١ اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة دون أعراض بدنية .

F30.30 WITHOUT SOMATIC SYMPTOMS, .

فـ٣١ر٣١ اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة مع أعراض بدنية .

F31.31 WITH SOMATIC SYMPOTOMS,

فـ٤ر٣١ النوبة الحالية اكتئاب شديد دون أعراض ذهانية .

F31.4 CURRENT EPISODE SEVERE DEPRESSION WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS,

فـ٥ر٣١ النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية .

F31.5. CURRENT EPISODE SEVERE DEPRESSION WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS,

فـ٦ر٣١ النوبة الحالية مختلطة .

F31.6 CURRENT EPISODE MIXED,

فـ٧ر٣١ حالياً فى تحسن .

F31.7. CURRENTLY IN REMISSION,

فـ٨ر٣١ أخرى .

F31.8. OTHER,

فـ٩ر٣١ غير محددة .

F 31.9. UNSPECIFIED.

فـ٣٢ نوبة اكتئابية .

F32 DEPRESSIVE EPISODE

فـ.ر٣٢ خفيفة الشدة .

F32.0 MILD SEVERITY,

فـ..ر٣٢ دون أعراض بدنية .

F32.00. WITHOUT SOMATIC SYMPTOMS,

فـ١ .ر٣٢ مع أعراض بدنية .

F.32.01. WITH SOMATIC SYMPTOMS

فـ١ر٣٢ متوسطة الشدة .

F32.1 MODERATE SEVERITY,

فـ١٠ر٣٢ بدون أعراض بدنية .

F32.10. WITHOUT SOMATIC SYMPTOMS,

فـ١١ر٣٣ مع أعراض بدنية .

F33.11 WITH SOMATIC SYMPTOMS,

فـ٢ر٣٢ نوبة اكتئابية شديدة دون أعراض ذهانية .

F32.2 SEVERE DEPRESSIVE EPISODE WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS,

فـ٣ر٣٢ نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية .

F32.3.SEVERE DEPRESSIVE EPISODE WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS,

فـ٨ر٣٢ أخرى .

F32.8. OTHER,

فـ٩ر٣٢ غير محددة .

F32.9. UNSPECIFIED,

فـ٣٣ اضطراب اكتئابى متكرر .

F33 RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER.

فـ.ر٣٣ النوبة الحالية خفيفة الشدة .

F33,0 CURRENT EPISODE MILD SEVERITY.

فـ..ر٣٣ دون أعراض بدنية .

F33.00. WITHOUT SOMATIC SYMPTOMS ,

فـ١ .ر٣٣ مع أعراض بدنية .

F 33.01 WITH SOMATIC SYMPTOMS,

فـ١٠ر٣٣ دون أعراض بدنية .

F33.10. CURRENT EPISODE MODERATE SEVERITY.

فـ١ر٣٣ النوبة الحالية متوسطة الشدة .

F33.1 WITHOUT SOMATIC SYMPTOMS,

ف١١ر٣٣ مع أعراض بدنية .

F33.11 WITH SOMATIC SYMPTOMS, .

ف٢ر٣٣ النوبة الحالية شديدة دون أعراض ذهانية .

F33.2 CURRENT EPISODE SEVERE WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS.

ف٣ر٣٣ النوبة الحالية شديدة مع أعراض ذهانية .

F33.3.CURRENT EPISODE SEVERE WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS,

ف٣ر٣٣ حالياً فى تحسن .

F33.4. CURRENTLY IN REMISSION,

ف٨ر٣٣ أخرى .

F33.8. OTHER,

ف٩ر٣٣ غير محددة .

F33.9. UNSPECIFIED,

ف٣٤ اضطرابات وجدانية مستمرة .

F34 PERSISTENT MOOD (AFFECTIVE) DISORDERS.

ف.ر٣٤ المزاج النوابى .

F34.0. CYCLOTHYMIA,

ف١ر٣٤ عسر المزاج .

F34.1. DYSTHYMIA,

ف٨ر٣٤ أخرى .

F34.8. OTHER,

ف٩ر٣٤ غير محددة .

F34.9. UNSPECIFIED,

ف٣٨ اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخرى .

F38 OTHER MOOD (AFFECTIVE) DISORDERS.

F38.0 OTHER SINGLE MOOD DISORDERS,

ف..ر نوبة وجدانية مختلطة .

F38.00 MIXED AFFECTIVE EPISODE,

ف١ر٣٨ اضطرابات وجدانية متكررة أخرى .

F38.1. OTHER RECURRENT MOOD DISORDERS,

١٠ر٣٨ اضطراب اكتئابى متكرر قصير الأمد .

F38.10. RECURRENT BRIEF DEPRESSIVE DISORDER,

ف٨٠ ر٣٨ أخرى محددة .

F38.8. OTHER SPECIFIED,

ف٣٩ اضطراب وجداني غير محدد .

F39 UNSPECIFIED MOOD (AFFECTIVE) DISORDER.

ف٤ الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب والجسدية الشكل .

F40-F48 NEUROTIC, STRESS RELATED AND SOMATOFORM DISORDERS.

ف٤٠ اضطرابات القلق الرهابى .

F40 PHOBIC ANXIETY DISORDERS.

ف.ر٤٠ رهاب الساحة (الخلاء) .

F40.0. AGORAPHOBIA,

ف..ر دون اضطراب الهلع .

F40.00 WITHOUT PANIC DISORDER,

ف١٠ر مع اضطراب الهلع .

F40.01 WITH PANIC DISORDER,

ف١ر٤٠ الرهاب الاجتماعى .

F40.01SOCIAL PHOBIAS.

ف٢ر٤٠ الرهاب المحدد (المنفرد) .

F40.2. SPECIFIC (ISOLATED) PHOBIAS,

ف٨ر٤٠ أخرى .

F40.8. OTHER,

ف٩ر٤٠ غير محدد .

F40.9. UNSPECIFIED,

ف.ر٤١ اضطراب الهلع (القلق النوابى الدورى) .

F41.0. PANIC DISORDER,

ف١ر٤١ اضطراب القلق العام .

F41.1GENERALIZED ANXIETY DISORDER,

ف٢ر٤١ اضطراب القلق والاكتئاب المختلط .

F41.2 MIXED ANXIETY & DEPRESSIVE DISORDER.

ف٣ر٤١ اضطراب قلق مختلط أخر .

F41.3.OTHER MIXED ANXIETY,

ف٨ر٤١ أخرى .

F41.8 OTHER,

ف٩ر٤١ غير محددة .

F41.9 UNSPECIFIED,

ف٤٢ اضطراب الوسواس القهرى .

F42 OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER.

ف.ر٤٢ أساساً أفكار أو اجترارات وسواسية .

F42.0 PREDOMINANTLY OBSESSIONAL THOUGHTS OR RUMINATIONS,

ف ر٤٢ أساساً أفعال قهرية (طقوس حركية) .

F42.1 PREDOMINANTLY COMPULSIVE ACTS (OBSESSIONAL RITUALS),

ف٢ر٤٢ أفكار وأفعال وسواسية مختلطة .

F42.2 MIXED OBSESSIONAL THOUGHTS AND ACTS,

ف٨ر٤٢ أخرى .

F42.8 OTHER,

ف٩ر٤٢ غير محددة .

F42.9 UNSPECIFIED,

ف٤٣ استجابة الكرب الشديد واضطرابات التوافق .

F43 REACTION TO SEVERE STRESS AND ADJUSTMENT DISORDERS.

ف.ر٤٣ استجابة الكرب الحادة .

F43.0 ACUTE STRESS REACTION,

ف ر٤٣ اضطراب كرب مابعد حادث .

F43.1 POST TRAUMATIC STRESS DISORDER,

ف٢ر٤٣ اضطراب التوافق .

F43.2 ADJUSTMENT DISORDER,

٢ر استجابة اكتئابية قصيرة .

F43.20 BRIEF DERRESSIVE REACTION,

٢١ر استجابة اكتئابية طويلة .

F43.21PROLONGED DEPRESSIVE REACTION,

٢٢ر استجابة قلق واكتئاب مختلط .

F43.22 MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE REACTION,

٢٣ر مع خلل أساسى فى مشاعر أخرى .

F43.23 WITH PREDOMINANT DISTURBANCE OF OTHER EMOTIONS,

٢٤ر مع خلل أساسى فى المسلك (الجناح) .

F43.24 WITH PREDOMINANT DISTURBANCE OF CONDUCT,

٢٥ر مع خلل مختلط فى المشاعر والمسلك (الجناح) .

F43.25 WITH MIXED DISTURBANCE OF EMOTIONS AND CONDUCT,

٢٨ر أخرى محددة .

F43.28 OTHER SPECIFIED,

ف٨ر٤٣ أخرى .

F43.8 OTHER,

ف٩ر٤٣ غير محددة .

F43.9 UNSPECIFIED,

ف٤٤ اضطرابات انشقاقية (تحولية) .

F44 DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDERS.

ف.ر٤٤ فقدان الذاكرة الانشقاقى (أو النساوة الانشقاقية) .

F44.0 DISSOCIATIVE AMNESIA,

ف١ر٤٤ الشرود الانشقاقى .

F44.1 DISSOCIATIVE FUGUE,

ف٢ر٤٤ الخدر (السبات) الانشقاقى .

F44.2 DISSOCIATIVE STUPOR

ف٣ر٤٤ اضطرابات الغشية والتلبس (الاستحواز – المس) .

F44.3 TRANCE AND POSSESSION DISORDERS,

ف٤ر٤٤ اضطرابات الحركة الانشقاقية .

F44.4 DISSOCIATIVE MOTOR DISORDERS,

ف٥ر٤٤ التشنجات الانشقاقية .

F44.5 DISSOCIATIVE CONVULSIONS,

ف٦ر٤٤ الخدار وفقدان الاحساس الانشقاقى .

F44.6 DISSOCIATIVE ANAESTHESIA AND SENSORY LOSS,

ف٧ر٤٤ اضطرابات انشقاقية وتحولية مختلطة .

F44.7 MIXED DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDERS,

ف٨ر٤٤ أخرى .

F44.8 OTHER,

٨٠زملة جانسر .

F44.80 GANSER SYNDROME,

٨١ر تعدد الشخصية .

F44.81 MULTIPLE PERSONALITY DISORDERS,

٨٢ر اضطرابات انشقاقية عابرة فى الطفولة والمراهقة .

F44.82 TRANSIENT DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDERS OCCURRING IN CHILDHOOD OR ADOLESCENCE,

٨٨ر أخرى محددة .

F44.88 OTHER SPECIFIED,

فـ٩ر٤٤ غير محددة .

F44.9 UNSPECIFIED,

ف٤٥ اضطرابات جسدية الشكل .

F45 SOMATOFORM DISORDERS.

فـ.ر٤٥ اضطراب الجسدنة .

F45.0 SOMATIZATION DISORDER,

فـ١ر٤٥ اضطراب جسدى الشكل غير مميز .

F45.1 UNDIFFERENTIATED SOMATOFORM DISORDER,

فـ٢ر٤٥ اضطراب التوهم المرضى .

F45.2HYPOCHONDRIACAL DISORDER,

فـ٣ر٤٥ اضطراب وظيفى جسدى الشكل فى الجهاز العصبى اللاإرادى .

F45.3 SOMATOFORM AUTONOMIC DYSFUNCTION,

٣٠ القلب والجهاز القلبى الوعائى .

F45.30 THE HEART AND CARDIOVASCULAR SYSTEM,

٣٠ر الجهاز المعدى المعوى الأعلى .

F45.31 THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT,

٣٢ر الجهاز المعدى المعوى الأسفل .

F45.32 THE LOWER GASTROINTESTINAL TRACT,

٣٣ر الجهاز التنفسى .

F45.33 THE RESPIRATORY SYSTEM,

٣٤ر الجهاز البولى والتناسلى .

F45.34 THE UROGENITAL SYSTEM,

فـ٤ر٤٥ اضطراب الألم الجسدى الشكل المستمر .

F45.4 PERSISTENT SOMATOFORM PAIN DISORDER,

فـ٨ر٤٥ أخرى .

F45.8 OTHER,

فـ٩ر٤٥ غير محددة .

F45.9 UNSPECIFIED,

فـ٤٨ اضطرابات عصابية أخرى .

F48 OTHER NEUROTIC DISORDERS.

فـ.ر٤٨ الوهن العصبى (زملة التعب) .

F48.0 NEURASTHENIA (FATIGUE SYNDROME),

ف ر٤٨ زملة اختلال الآنية والعالم الخارجى (تبدد الشخصية والواقعية) .

F48.1 DEPERSONALIZATION DEREALIZATION SYNDROME (DISORDER),

فـ٨ر٤٨ أخرى محددة .

F48.8 OTHER SPECIFIED,

فـ٩ر٤٨ غير محددة .

F48.9 UNSPECIFIED,

ف٥٠ الزملات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفى (فسيولوجى) وعوامل بدنية .

F50-F59 BEHAVIOURAL SYNDROMES ASSOCIATED WITH PHYSIOLOGI CAL DISTURBANCE AND PHYSICAL FACTORS.

فـ٥٠ اضطرابات الأكل .

F50 EATING DISORDERS.

فـ.ر٥٠ فقدان الشهية العصبى (القمه العصابى) .

F50.0 ANOREXIA NERVOSA,

فـ١ر٥٠ فقدان الشهية العصبى غير النمطى .

F50.1 ATYPICAL ANOREXIA NERVOSA,

فـ٢ر٥٠ الضور (الشره) العصبى .

F50.2 BULIMIA NERVOSA,

فـ٣ر٥٠ الضور العصبى غير النمطى .

F50.3 ATYPICAL BULIMIA NERVOSA,

فـ٤ر٥٠ فرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية أخرى .

F50.4 OVEREATING ASSOCIATED WITH OTHER PSYCHOLOGICAL DISTURBANCE,

فـ٥ر٥٠ القئ المصحوب باضطرابات نفسية أخرى .

F50.5 VOMITING ASSOCIATED WITH OTHER PSYCHOLOGICAL DISTURBANCES,

فـ٨ر٥٠ أخرى .

F50.8 OTHER,

فـ٩ر٥٠ غير محددة .

F50.9 UNSPECIFIED,

ف٥١ اضطرابات النوم غير العضوية .

F51 NONORGANIC SLEEP DISORDERS.

فـ.ر٥١ الأرق غير العضوى .

F51.0 NONORGANIC INSOMNIA,

فـ١ر٥١ فرط النوم غير العضوى .

F51.1 NONORGANIC HYPERSOMNIA,

فـ٢ر٥١ اضطراب برنامج النوم واليقظة غير العضوى .

F51.2 NONORGANIC DISORDER OF THE SLEEP WAKE SCHEDULE,

فـ٣ر٥١ السير أثناء النوم (الجوال الليلى) .

F51.3 SLEEPWALKING,

فـ٤ر٥١ فزع النوم .

F51.4 SLEEP TERRORS,

فـ.ر٥١ كوابيس (قلق الحلم) .

F51.5 NIGHTMARES (DREAM ANXIETY),

فـ٨ر٥١ أخرى .

F51.8 OTHER.

فـ٩ر٥١ غير محددة .

F51.9 UNSPECIFIED.

ف٥٢ العسر الوظيفى الجنسى غير المسبب بمرض أو اضطراب عضوى .

F52 SEXUAL DYSFUNCTION NOT CAUSED BY ORGANIC DISORDERS OR DISEASE.

فـ.ر٥٢ افتقار أو فقدان الرغبة الجنسية .

F52.0 LACK OR LOSS OF SEXUAL DESIRE.

فـ١ر٥٢ كراهية الجنس أو عدم الاستمتاع الجنسى .

F52.1 SEXUAL AVERSION AND LACK OF SEXUAL ENJOYMENT.

١٠ر كراهية الجنس .

F52.10 SEXUAL AVERSION.

١١ر عدم الاستمتاع الجنسى .

F52.11 LACK OF SEXUAL ENJOYMENT.

فـ٢ر٥٢ فشل الاستجابة الجنسية .

F52.2 FAILURE OF GENITAL RESPONSE.

فـ٣ر٥٢ عسر الذروة الجنسية الوظيفى .

F52.3 ORGASMIC DYSFUNCTION.

فـ٤ر٥٢ القذف المبكر .

F52.4 PREMATURE EJACULATION.

فـ٥ر٥٢ التقلص المهبلى غير العضوى .

F52.5 NONORGANIC VAGINISMUS.

فـ٦ر٥٢ عسر الجماع غير العضوى .

F52.6 NONORGANIC DYSPAREUNIA.

فـ٧ر٥٢ زيادة الدافع الجنسى .

F52.7 EXCESSIVE SEXUAL DRIVE.

فـ٨ر٥٢ أخرى

F52.8 OTHER,

فـ٩ر٥٢ غير محددة .

F52.9 UNSPECIFIED,

ف٥٣ الاضطـرابات العقلية أو السلوكيـة المصـاحبة للنفـاس ، غير المصنفة فى مكان آخر .

F53 MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS ASSOCIATED WITH PUERPERIUM NOT CLASSIFIABLE ELSEWHERE.

فـ.ر٥٣ اضطرابات عقلية خفيفة الشدة مصاحبة للنفاس ، غير مصنفة فى مكان آخر.

F53.0 MILD MENTAL DISORSERS ASSOCIATED WITH PUERPERIUM NOT CLASSIFIABLE ELSEWHERE,

فـ١ر٥٣ اضطرابات عقلية شديدة مصاحبة للنفاس ، غير مصنفة مكان آخر .

F53.1 SEVERE MENTAL DISORDERS ASSOCIATED WITH PUERPERIUM NOT CLASSIFIABLE ELSEWHERE,

فـ٥٣,٨ أخرى .

F53.8 OTHER,

فـ٩ر٥٣ غير محددة .

F53.9 UNSPECIFIED,

ف٥٤ عوامـل نفسية أو سلوكية مصاحبة لاضطرابات أو أمراض مصنفة فى مكان آخر .

F54 PSYCHOLOGICAL OR BEHAVIOURAL FACTORS ASSOCIATED WITH DISORDERS OR DISEASES CLASSIFIED ELSEWHERE.

فـ٥٥ سوء استعمال مواد غير مسببة للاعتماد .

F55 ABUSE OF NONDEPENDENCE PRODUCING SUBSTANCES.

.ر٥٥ مضادات الاكتئاب .

F55.0 ANTIDEPRESSANTS,

١ر٥٥ ملينات .

F55.1 LAXATIVES,

٢ر٥٥ مسكنات .

F55.2 ANALGESICS,

٣ر٥٥ مضادات الحموضة .

F55.3 ANTACIDS,

٤ر٥٥ فيتامينات .

F55.4 VITAMINS,

٥ر٥٥ الهرمونات والسترويد .

F55.5 STEROIDS OR HORMONES,

٦ر٥٥ أعشاب محددة أو علاجات شعبية .

F55.6 SPECIFIC HERBAL OR FOLK REMEDIES,

٨ر٥٥ أخرى .

F55.8 OTHER,

٩ر٥٥ غير محددة .

F55.9 UNSPECIFIED,

ف٥٩ زملات سلوكية واضطرابات عقلية مصاحبة بخلل وظيفى فسيولوجى غير محددة .

F59 UNSPECIFIED BEHAVIOURAL SYNDROMES ASSOCIATED WITH PHYSIOLOGICAL DISTURBANCES AND PHYSICAL FACTOR.

ف٦٠ اضطرابات الشخصية والسلوك للراشدين .

F60-F69 DISORDERS OF ADULT PERSONALITY AND BEHAVIOUR.

ف٦٠ اضطرابات الشخصية المحددة .

F60 SPECIFIC PERSONALITY DISORDERS.

ف.ر٦٠ اضطراب الشخصية البارانويدية .

F60.0 PARANOID PERSONALITY DISORDER,

ف١,٦٠ اضطراب الشخصية الشبفصامية .

F60.1 SCHIZOID PERSONALITY DISORDER,

ف٢ر٦٠ اضطراب الشخصية ذات الخلل الاجتماعى .

F60.2 DISSOCIAL PERSONALITY DISORDER,

ف٣ر٦٠ اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً .

F60.3 EMOTIONALLY UNSTABLE PERSONALITY DISORDER,

٣٠ر النوع الاندفاعى .

F60.30 IMPULSIVE TYPE,

٣١رالنوع الحدى .

F60.31 BORDERLINE TYPE,

ف٤ر٦٠ اضطراب الشخصية الشبهيستيرية .

F60.4 HYSTERIONIC PERSONALITY DISORDER,

ف٥,٦٠ اضطراب الشخصية القهرية (الوسواسية القهرية) .

F60.5 ANANKASTIC (OBSESSIVE COMPULSIVE) PERSONALITY DISORDER.

ف٦ر٦٠ اضطراب الشخصية القلقة (الاجتنابية) .

F60.6 ANXIOUS (AVOIDANT) PERSONALITY DISORDER,

ف٧ر٦٠ اضطراب الشخصية الاعتمادية .

F60.7 DEPENDENT PERSONALITY DISORDER,

ف٨ر٦٠ أخرى .

F60.8 OTHER,

ف٩ر٦٠ غير محددة .

F60.9 UNSPECIFIED,

ف٦١ اضطرابات شخصية أخرى ومختلطة .

F61 MIXED AND OTHER PERSONALITY DISORDER.

٠ر٦١ اضطرابات مختلطة فى الشخصية .

F61.0 MIXED PERSONALITY DISORDER.

٠ر٦١ تغيرات مزعجة فى الشخصية لايمكن تصنيفها تحت ف٦٠ أو ٦٢ .

F61.1 TROUBLESOME PERSONALITY CHANGES NOT CLASSIFIABLE IN F60 OR F62,1 .

ف٦٢ تغير دائم فى الشخصية ليس مرجعه أذى جسيم أو مرض بالمخ .

F62 ENDURING PERSONALITY CHANGE NOT ATTRIBUTABLE TO GROSS BRAIN DAMAGE OR DISEASE.

ف٠ر٦٢ تغير دائم فى الشخصية بعد تجربة فاجعة .

F62.0 ENDURING PERSONALITY CHANGE AFTER CATASTROPHIC EXPE-RIENCE,

ف١ر٦٢ تغير دائم فى الشخصية بعد مرض طبنفسى .

F62.1 ENDURING PERSONALITY CHANGE AFTER PSYCHIATRIC ILLNESS,

ف٨ر٦٢ أخرى .

F62.8 OTHER,

ف٩ر٦٢ غير محددة .

F62.9 UNSPECIFIED

ف٦٣ اضطرابات العادة والاندفاع .

F63 HABIT AND IMPULSIVE DISORDER.

ف٠ر٦٣ المقامرة المرضية .

F63.0 PATHOLOGICAL GAMBLING,

ف١ر٦٣ إشعال الحرائق المرضى (هوس الحريق) .

F63.1 PATHOLOGICAL FIRE SETTING (PYROMANIA),

ف٢ر٦٣ السرقة المرضية (هوس السرقة) .

F63.2 PATHOLOGICAL STEALING (KLEPTOMANIA),

ف٣ر٦٣ هوس نتف الشعر .

F63.3 TRICHOTILLOMANIA,

ف٨ر٦٣ أخرى .

F63.8 OTHER,

ف٩ر٦٣ غير محددة .

F63.9 UNSPECIFIED,

ف٦٤ اضطرابات الهوية الجنسية .

F64 GENDER IDENTITY DISORDERS.

ف.ر٦٤ التحول الجنسى .

F64.0 TRANSSEXUALISM,

ف١ر٦٤ تحول الزى ثنائى الدور .

F64.1 DUAL ROLE TRANSVESTISM,

ف٢ر٦٤ اضطراب الهوية الجنسية فى الطفولة .

F64.2 GENDER IDENTITY DISORDER OF CHILDHOOD,

ف٨ر٦٤ أخرى .

F64.8 OTHER,

ف٩ر٦٤ غير محددة .

F64.9 UNSPECIFIED,

ف٦٥ اضطرابات التفضيل الجنسى .

F65 DISORDERS OF SEXUAL PREFERENCE.

٠ر٦٥ الفتيشية (الدكورية أو التوثين) .

F65.0 FETISHISM,

ف١ر٦٥ تحول الزى الفتيشى .

F65.1 FETISHISTIC TRANSVESTISM,

ف٢ر٦٥ الاستعراض الجنسى (الاستعراء) .

F65.2 EXHIBITIONISM,

ف٣ر٦٥ التطلع الجنسى (لذة المشاهدة) .

F65.3 VOYEURISM,

ف٤ر٦٥ حب الأطفال الجنسى .

F65.4 PAEDOPHILIA,

فـ٥ر٦٥ الماسوكية – السادية .

F65.5 SADOMASOCHISM,

فـ٦ر٦٥ اضطرابات متعددة فى التفضيل الجنسى .

F65.6 MULTIPLE DISORDERS OF SEXUAL PREFERENCE,

فـ٨ر٦٥ أخرى .

F65.8 OTHER,

فـ ٩ر٦٥ غير محددة .

F65.9 UNSPECIFIED,

ف٦٦ اضطرابات نفسية، سلوكية مصاحبة للارتقاء والتوجه الجنسى.

F66 PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS ASSOCIATED WITH SEXUAL DEVELOPMENT AND ORIENTATION.

فـ .ر٦٦ اضطراب النضوج الجنسى .

F66.0 SEXUAL MATURATION DISORDER,

فـ١ر٦٦ توجه جنس مقلقل للأنا .

F66.1 EGODYSTONIC SEXUAL ORIENTATION,

فـ٢ر٦٦ اضطراب العلاقة الجنسية .

F66.2 SEXUAL RELATIONSHIP DISORDER,

فـ٨ر٦٦ اضطرابات أخرى فى الارتقاء النفسجنسى .

F66.8 OTHER,

فـ٩ر٦٦غير محددة .

F66.9 UNSPECIFIED,

الرمز الخامس يشير إلى تصاحب الاضطراب مع .

FIFTH CHARACTER TO INDICATE ASSOCIATION WITH.

.ر جنسية غيرية .

*1 HETEROSEXUALITY.

١ر جنسية مثلية .

*2 HOMOSEXUALITY.

٢ر جنسية ثنائية (مزدوجة) .

*3 BISEXUALITY.

ف٦٨ اضطرابات أخرى فى شخصية وسلوك الراشدين .

F68 OTHER DISORDERS OF ADULT PERSONALITY AND BEHAVIOUR.

ف٠ر٦٨ المبالغة فى أعراض جسمية لأسباب نفسية .

F68.0 ELABORATION OF PHYSICAL SYMPTOMS FOR PSYCHOLOGICAL REASONS.

ف١ر٦٨ الاختلاق أو التظاهر القصدى بأعراض أو عجز ، إما جسمى أو نفسى (اضطراب التصنع) .

F68.1 INTENTIONAL PRODUCTION OF SYMPTOMS OR DISABILITIES EITHER PHYSICAL OR PSYCHOLOGICAL

ف٨ر٦٨ اضطرابات أخرى معينة فى شخصية وسلوك الراشدين .

F68.8 OTHER SPECIFIED,

ف٦٩ اضطراب فى شخصية وسلوك الراشدين غير محدد .

F69 UNSPECIFIED DISORDER OF ADULT PERSONALITY AND BEHAVIOUR.

ف٧ التخلف العقلى (يجرى استبدالها بلفظ العجز الدراسى أو العجز المعرفى) .

F70-F79 MENTAL RETARDATION- COGNITIVE DISABILITY

ف٧٠ تخلف عقلى (عجز معرفى) خفيف الشدة .

F70 MILD MENTAL RETARDATION.

ف٧١ تخلف عقلى (عجز معرفى) متوسط الشدة .

F71 MODERATE MENTAL RETARDATION.

ف٧٢ تخلف عقلى (عجز معرفى) شديد .

F72 SEVERE MENTAL RETARDATION.

ف٧٣ تخلف عقلى (عجز معرفى) جسيم .

F73 PROFOUND MENTAL RETARDATION.

ف٧٨ تخلف عقلى (عجز معرفى) آخر .

F78 OTHER MENTAL RETARDATION.

ف٧٩ تخلف عقلى (عجز معرفى) غير محدد .

F79 MENTAL RETARDATION UNSPECIFIED.

الرمز الرابع يحدد الخلل السلوكى المصاحب .

FOURTH CHARACTER TO SPECIFY THE EXTENT OF ASSOCIATED BEHAVIOURAL IMPAIRMENT.

ف. * ٧ لايوجد أو خلل سلوكى ضئيل .

F7*.0 NO OR MINIMAL BEHAVIOUR IMPAIRMENT.

ف١ * ٧ خلل سلوكى شديد يستدعى الانتباه أو العلاج .

F7*.1 SIGNIFICANT BEHAVIOUR IMPAIRMENT REQUIRING ATTENTION TREATMENT.

ف٨ * ٧ أخرى .

F7.*8 OTHER.

ف٩ * ٧ غير محددة .

F7*.1 UNSPECIFIED.

ف٨ اضطرابات النماء (الارتقاء النفسى) .

F80-F89 DISORDERS OF PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT.

ف٨٠ اضطرابات إنمائية معينة فى الكلام واللغة .

F80 SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SPEECH AND LANGUAGE.

ف.ر٨٠ اضطراب نطق الكلام المحدد .

F80.0 SPECIFIC SPEECH ARTICULATION DISORDER,

ف١ر٨٠ اضطراب التعبير اللغوى .

F80.1 EXPRESSIVE LANGUAGE DISORDER,

ف٢ر٨٠ اضطراب الاستقبال اللغوى .

F80.2 RECEPTIVE LANGUAGE DISORDER,

ف٣ر٨٠ الحبسة المكتسبة مع الصرع .

F80.3 ACQUIRED APHASIA WITH EPILEPSY (LANDAU KLEFFNER SYNDROME),

ف٨ر٨٠ أخرى .

F80.8 OTHER,

ف٩ر٨٠ غير محددة .

F80.9 UNSPECIFIED,

ف٨١ اضطرابات إنمائية محددة فى المهارات الدراسية .

F81 SPECIFIC DEVE LOPMENTAL DISORDERS OF SCHOLASTIC SKILLS.

ف.ر٨١ اضطراب قراءة محدد .

F81.0 SPECIFIC READING DISORDER,

ف١ر٨١ اضطراب الهجاء المحدد .

F81.1 SPECIFIC SPELLING DISORDER,

ف٢ر٨١ اضطراب محدد فى المهارات الحسابية .

F81.2 SPECIFIC DISORDER OF ARITHMETICAL SKILLS,

ف٣ر٨١ اضطراب مختلط فى المهارات الدراسية .

F81.3 MIXED DISORDER OF SCHOLASTIC SKILLS,

ف٨ر٨١ أخرى .

F81.8 OTHER,

ف٩ر٨١ غير محددة .

F81.9 UNSPECIFIED,

ف٨٢ اضطراب إنمائى محدد فى وظيفة الحركة .

F82 SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDER OF MOTOR FUNCTION.

ف٨٣ اضطراب إنمائى محدد مختلط .

F83 MIXED DEVELOPMENTAL DISORDER.

ف٨٤ اضطرابات إنمائية منتشرة (شاملة) .

F84 PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS.

ف.ر٨٤ ذاتوية الطفولة .

F84.0 CHILDHOOD AUTISM,

فـ١ر٨٤ ذاتوية لانمطية (غير نموذجية) .

F84.1 ATYPICAL.

فـ٢ر٨٤ زملة رت .

F84.2 RETT SYNDROME.

فـ٣ر٨٤ اضطراب تحللى آخر فى الطفولة .

F84.3 OTHER CHILDHOOD DISINTEGRATIVE DISORDER,

فـ٤ر٨٤ اضطراب النشاط المفرط المصحوب بتخلف عقلى وحركات نمطية .

F84.4 OVERACTIVE DISORDER ASSOCIATED WITH MENTAL RETARDATION AND STEREOTYPED MOVEMENTS,

فـ٥ر٨٤ زملة أسبرجر .

F84.5 ASPERGER SYNDROME,

فـ٨ر٨٤ أخرى .

F84.8 OTHER,

فـ٩ ر٨٤ غير محددة .

F84.9 UNSPECIFIED,

فـ٨٨ اضطرابات أخرى فى النماء النفسى .

F88 OTHER DISORDERS OF PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT.

فـ٨٩ اضطراب النماء النفسى ، غير المحدد .

F89 UNSPECIFIED DISORDER OF PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT.

ف٩٠ اضطرابات سلوكية وعاطفية تبدأ عادة فى مرحلة الطفولة أو المراهقة (واضطراب عقلى غير محدد) .

F90-F98 BEHAVIOURAL AND EMOTIONAL DISORDERS WITH ONSET USUALLY OCCURRING IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE (AND MENTAL DISORDER UNSPECIFIED).

فـ٩٠ اضطراب فرط الحركة .

F90 HYPERKINETIC DISORDERS.

ف.ر٩٠ اختلال النشاط والانتباه .

F90.0 DISTURBANCE OF ACTIVITYAND ATTENTION,

ف١ر٩٠ اضطراب المسلك (الجناح) مفرط الحركة .

F90.1 HYPERKINETIC CONDUCT DISORDER,

ف٨ر٩٠ أخرى .

F90.8 OTHER,

ف٩ر٩٠ غير محددة .

F90.9 UNSPECIFIED,

ف٩١ اضطرابات المسلك (الجناح) .

F91 CONDUCT DISORDERS.

ف.ر٩١ اضطرابات المسلك (الجناح) المقتصر على إطار العائلة .

F91.0 CONDUCT DISORDER CONFINED TO THE FAMILY CONTEXT,

ف١ر٩١ اضطراب المسلك (الجناح) غير المتوافق اجتماعياً .

F91.1 UNSOCIALIZED CONDUCT DISORDER,

ف٢ر٩١ اضطراب المسلك (الجناح) المتوافق اجتماعياً .

F91.2 SOCIALIZED CONDUCT DISORDER,

ف٣ر٩١ اضطراب المعارضة المتحدية .

F91.3 OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER,

ف٨ر٩١ أخرى .

F91.8 OTHER,

ف٩ر٩١ غير محددة .

F91.9 UNSPECIFIED.

ف٩٢ الاضطرابات المختلطة فى المسلك (الجناح) والانفعالات .

F92 MIXED DISORDERS OF CONDUCT AND EMOTIONS.

ف..ر٩٢ اضطراب المسلك (الجناح) الاكتئابى .

F92.0 DEPRESSIVE CONDUCT DISORDER,

فـ٨ر٩٢ أخرى .

F92.8 OTHER,

فـ٩ر٩٢ غير محددة .

F92.9 UNSPECIFIED,

ف٩٣ اضطرابات الانفعالات ذات البداية المحددة فى الطفولة .

F93 EMOTIONAL DISORDERS WITH ONSET SPECIFIC TO CHILDHOOD.

فـ.ر٩٣ اضطراب قلق الافتراق فى الطفولة .

F93.0 SEPARATION ANXIETY DISORDER OF CHILDHOOD,

فـ١ر٩٣ اضطراب القلق الرهابى فى الطفولة .

F93.1 PHOBIC ANXIETY DISORDER OF CHILDHOOD,

فـ٢ر٩٣ اضطراب القلق الاجتماعى فى الطفولة .

F93.2 SOCIAL ANXIETY DISORDER OF CHILDHOOD,

فـ٣ر٩٣ اضطراب التنافس مع الأخوة .

F93.3 SIBLING RIVALRY DISORDER,

فـ٨ر٩٣ أخرى .

F93.8 OTHER,

فـ٩ر٩٣ غير محددة .

F93.9 UNSPECIFIED,

ف٩٤ اضطرابات الأداء الاجتماعى ذات البداية المحددة فى الطفولة أو المراهقة .

F94 DISORDERS OF SOCIAL FUNCTIONING WITH ONSET SPECIFIC TO CHILDHOOD AND ADOLESCENCE.

فـ.ر٩٤ الخرس الانتقائى .

F94.0 ELECTIVE MUTISM,

فـ١ر٩٤ اضطراب التعلق التفاعلى فى الطفولة .

F94.1 REACTIVE ATTACHMENT DISORDER OF CHILDHOOD,

فـ٢ر٩٤ اضطراب التعلق غير المكبوت فى الطفولة .

F94.2 DISINHIBITION ATTACHMENTS DISORDER OF CHILDHOOD,

فـ٨ر٩٤ أخرى .

F94.8 OTHER,

فـ٩ر٩٤ غير محددة .

F94.9 UNSPECIFIED,

فـ٩٥ اضطراب اللوازم .

F95 TIC DISORDERS.

فـ.ر٩٥ اضطراب اللوازم العابر .

F95.0 TRANSIENT TIC DISORDER,

فـ١ر٩٥ اضطراب اللوازم الحركية أو الصوتية المزمن .

F95.1 CHRONIC MOTOR OR VOCAL TIC DISORDER,

فـ٢ر٩٥ اللوازم الصوتية والحركية المتعددة المشتركة (زملة توريت) .

F95.2 COMBINED VOCAL AND MULTIPLE MOTOR TIC DISORDER (DE LA TOURETTE SYNDROME),

فـ٨ر٩٥ أخرى .

F95.8 OTHER,

فـ٩ر٩٥ غير محددة .

F95.9 UNSPECIFIED,

ف٩٨ اضطرابات سلوكية وعاطفية أخرى ، تبدأ عادة أثناء الطفولة أو المراهقة .

F98 OTHER BEHAVIOURAL AND EMOTIONAL DISORDERS WITH ONSET USUALLY OCCURRING IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE.

فـ.ر٩٨ سلس البول اللاإرادى غير العضوى .

F98.0 NONORGANIC ENURESIS,

فـ١ر٩٨ سلس البراز اللاإرادى غير العضوى .

F98.1 NONORGANIC ENCOPRESIS,

فـ٢ر٩٨ اضطراب الأكل فى الرضع أو الطفولة .

F98.2 FEEDING DISORDER IN INFANCY AND CHILDHOOD,

ف٣ر٩٨ البيكا (وحم الطعام غير الطبيعى) (الوحم) .

F98.3 PICA OF INFANCY AND CHILDHOOD,

ف٤ر٩٨ اضطراب الحركة النمطية .

F98.4 STEREOTYPED MOVEMENT DISORDER,

ف٥ر٩٨ التمتمة (التهتهة) .

F98.5 STUTTERING,

ف٦ر٩٨ القلقلة فى الكلام .

F98.6 CLUTTERING,

ف٨ر٩٨ أخرى .

F98.8 OTHER,

ف٩ر٩٨ غير محددة .

F98.9 UNSPECIFIED,

ف٩٩ اضطراب عقلى ، غير محدد .

F99 UNSPECIFIED MENTAL DISORDER.

الفحص الأكلينيكى للحالة النفسية

إن الغرض من الفحص النفسى هو اكتشاف أسباب معاناة الفرد وصعوبة توافقه الاجتماعى ، وكيفية نشأة اضطرابات الشخصية والنفس ، التى أدت إلى زيارته للطبيب ، سائلاً المساعدة والمعونة ، والمهارة فى استقطاب التاريخ المرضى ومعرفة العلامات والأعراض النفسية ؛ للوصول إلى تشخيص سليم حتى يتسنى العلاج الأمثل.

ويجب أن يحذر الطبيب أثناء مناقشته مع المريض من أن يلعب دور الواعظ أو المرشد أو القاضى ، أو أن يعامل المريض كمتهم يعترف بخطاياه ، أو أن يتقمص دور المعلم أمام تلميذه ، بل يجب الإحساس بمشاعر المريض ، واحترام كافة انفعالاته مهما تكن غريبة أو شاذة ، ومحاولة دراستها موضوعياً ، دون التورط الانفعالى ، وعادة مايلجأ الطبيب فى فحصه لمسح كامل للفرد منذ ولادته حتى وقت مجيئه للفحص ، وغالباً مانتبع الخطوات الآتية :

الاسم : العمر – العنوان – الحالة الاجتماعية – العمل .

الشكوى : إما من المريض أو من أحد أقربائه ، إن كان قاصراً أو غير مستبصر بمرضه ، خاصة فى حالات الذهان .

تاريخ المريض : ويؤخذ تطور الأعراض والعلامات منذ بدء المرض بالتفصيلات اللازمة بالتوقيت الزمنى المرتب مع مراحل العلاج المختلفة .

التاريخ العائلى : الأب ، السن ، أو سبب الوفاة ، وشخصيته وعمله ، وعلاقته مع أطفاله .

الأم : دراسة تفصيلية لشخصيتها وعلاقاتها .

الأخوة والأخوات : العدد ، وعلاقاتهم الشخصية فيما بينهم ، وأعمالهم ، وأمراضهم ، وعامل المنافسة .

الحالة الاجتماعية للعائلة : مكان وازدحام السكن ، القدرة المادية ، علاقة الأب والأم ، مناخ وتأثير الجو العائلى ، تعدد الزيجات والطلاق .

أمراض عائلية : يجب الاستفهام عن أى مرض عصابى ، أو ذهانى أو عصبى أو إدمان أو صرع أو اضطرابات فى الشخصية بين أفراد العائلة ، ويجب الحرص

والمجاملة فى السؤال عن هذه الأمراض ، حتى لايتعرض المريض لصدمة الشك فى قواه العقلية .

التاريخ الشخصي : مكان الولادة – حالة الأم أثناء الحمل – طبيعة ومضاعفات الولادة – أى عقاقير أثناء الحمل – الرضاعة طبيعية أو خارجية .

تطور الطفل ، ووقت ابتسامته ، وجلوسه ، وسيره ، والتسنين ، والبدء فى الكلام والتحكم فى التبول والتبرز ، واهتمامه بنظافته .

أعراض عصابية في الطفولة : كالفزع الليلى ، الجوال الليلى ، شدة الانفعالية، التبول الليلى ، مص الإبهام ، قضم الأظافر ، التلعثم ، طقوس حركية ، أو أن يكون الطفل وديعاً مثالياً سلبياً .

صحة الطفل الجسمية من : أمراض معدية ، الحميات ، النوبات الصرعية ، رغبته فى اللعب مع أقرانه الأطفال .

المدرسة : درجة تحصيله الدراسي والمستوى الذى وصل إليه ، سبب تركه المدرسة ، مع الإلمام بهواياته وعلاقته مع زملائه فى المدرسة ، ثم بالطبع الأسئلة نفسها بالنسبة للجامعة .

العمل : السن التى بدأ فى أثنائه العمل ، ونوع الأعمال وسبب هجرته أو تغييره لها ومدى رضائه عن عمله ، وطموحه والناحية المادية فى العمل ، وعلاقته مع زملائه .

الجنس : سن البلوغ أو بدء الدورة الشهرية والآلام المصاحبة لها – المعلومات والثقافة الجنسية – ممارسة العادة السرية ومايصاحبها من الشعور بالإثم– ممارسة أى نشاط جنسى آخر – العلاقة مع الجنس الآخر ومدى نجاحها وتأثير ذلك على الفرد ، الاستجناس ، أو البهيمية أو الاحتلام الليلى .. إلخ .

ويجب أخذ الظروف الاجتماعية والثقافية فى الاعتبار عند مناقشة المسائل الجنسية ، ولامانع من تأجيلها للجلسة الثانية حتى لايتعرض المريض لأى إحراج.

الزواج : مدته – المعرفة قبل الزواج – مدة الخطوبة – عمر الزوج والزوجة– مدى توافقهما العاطفى والجنسى ، عدد مرات الجماع الجنسى ودرجة الإشباع– البرود الجنسى – استعمال أى وسائل لمنع الحمل .. إلخ .

العادات : الخمر – مخدرات – السجاير والكمية .

التاريخ المرضى السابق : أى أمراض جسمية أو نفسية أو عمليات جراحية سابقة وكيفية علاجها .

الشخصية قبل المرض : العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء وفى العمل ، النشاط الفكرى والهوايات ، ونوع الكتب أو الأقلام أو المسرحيات التى يشاهدها .

المزاج والتفاؤل والتشاؤم ، القلق والتذبذب الانفعالى مع معرفة سلوكه من الغيرة ، والشك والأنانية ، والعناد ، والصلابة ، والمرونة والخجل ، والتحفظ .. إلخ، مع القيم الأخلاقية والمعايير الدينية وطموحه مع أحلام اليقظة ، وعاداته فى الأكل والنوم .. إلخ ؛ لأنه أحياناً ماتتغير الشخصية تماماً بعد المرض ، وإن لم نسأل عن طبيعتها قبل ذلك ، فيحتمل أن ينظر لها نظرة سوية ، ولكن اختلاف الشخصية المفاجئ يدل على اضطراب مرضى واضح.

الفحص الجسمى : أجهزة الجسم المختلفة ، الجهاز العصبى – البطنى – الصدر – القلب – ضغط الدم .

الفحص النفسى والعقلى :

(١) **السلوك** : وصفه – إهماله لذاته – الخجل – القلق – الاستثارة – الهبوط – الحركات اللاإرادية – علاقاته مع المرضى الآخرين والأطباء – العناد...إلخ.

(٢) **الكلام** : يتكلم كثيراً أو قليلاً – يجاوب بلا أو نعم أو ينطلق فى الحديث دون توقف – ترابط الكلام أم تطايره من موضوع لآخر – السرعة أو البطء فى الكلام ولامانع من كتابة عينة من كلامه .

(٣) **المزاج** : قلق – مكتئب – منبسط – متبلد – متجمد – أو غير متناسب.

(٤) **التفكير** : المحتوى ، والتعبير ، ومجرى التفكير ، والتحكم فيه ، وقدرته على وصف أعراضه ، وترتيب وتنسيق أفكاره ، وإمكانية التفكير التجريدى ، تفكك أو ترابط التفكير ، إذاعة أو نشر الأفكار ، سحب أو إدخال أو قراءة الأفكار .

(٥) **الضلالات** : اعتقادات خاطئة اضطهادية ، أو عظمة ، أو غيرة أو تلميح أو تأثير أو توهم .. علل بدنية ، يجب الحرص فى هذه الأسئلة على محتوياتها وتعليلات المريض .

(٦) **الهلاوس والخداع** : إدراكات بصرية أو سمعية أو حسية دون وجود مؤثر .

(٧) **الظواهر القهرية** : من الأفكار والصور والاندفاعات ، والمخاوف والطقوس الحركية والتى يعرف المريض تفاهتها ، ويحاول المقاومة دون جدوى حيث تتغلب عليه قهرياً .

(٨) **التعرف** : للزمان والمكان .

(٩) **الذاكرة** : بالنسبة للأحداث القريبة التى تشير إلى مرض عضوى فى المخ أو الأحداث البعيدة ، ويستحسن أن تقص على المريض قصة بسيطة ، ثم تطلب إعادتها أثناء أو بعد الفحص .

(١٠) **الانتباه والتركيز** : خاصة فى تشوش الوعى ، ويمكن سؤاله أن يعد الأيام بعكس ترتيبها ، أو يطرح ٧ من ١٠٠ وهكذا بالعكس ، ومع سؤاله عن المعلومات العامة ومايحدث فى هذه الأيام .

(١١) **الذكاء** : يمكن بدراسة الحالة إكلينيكيّاً ، والفحص النفسى والمعلومات العامة والمستوى الدراسى الوصول إلى معدل الذكاء التقريبى .

(١٢) **الاستبصار** : وهو اقتناع المريض بمرضه ورغبته فى العلاج أو يقينه بأنه ليس مريضاً ؛ إذ إن بعض مرضى الذهان ، ينفون إصابتهم بأى مرض ، بل ويتهمون الآخرين بالإصابة العقلية ، ومن ثم يرفضون العلاج ، وهنا يكون المريض غير مستبصر بمرضه ، وقد يحتاج الحجز للعلاج .



الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب (المشقة) وجسدية الشكل

مما لاشك فيه أن الاضطرابات العصابية أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة ؛ إذ إن مدي انتشارها يفوق مانعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية . فهي في الحقيقة أكثر فروع الطب النفسي والعقلي شيوعاً .

F48-F40

الاضطرابات العصابية والاضطرابات المرتبطة بالكرب والاضطرابات الجسدية الشكل
Neurotic, stress-related and somatoform disorders

Code	العربية	English
F40	**اضطرابات القلق الرهابى**	**Phobic anxiety disorders**
F40.0	رهاب الساحة	Agoraphobia
.00	بدون اضطراب هلعى	Without panic disorder
.01	مع اضطراب هلعى	With panic disorder
F40.1	الرهابات الاجتماعية	Social phobias
F40.2	الرهابات النوعية (المنعزلة)	Specific (isolated) phobias
F40.8	اضطرابات القلق الرهابى الأخرى	Other phobic anxiety disorders
F40.9	اضطراب القلق الرهابى ، غير المعين	Phobic anxiety disorder, unspecified
F41	**الاضطرابات القلقية الأخرى**	**Other anxiety disorders**
F41.0	الاضطراب الهلعى (القلق النوبى الانتيابى)	Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety]
F41.1	الاضطراب القلقى المتعمم	Generalized anxiety disorder
F41.2	الاضطراب القلقى والاكتئابى المختلط	Mixed anxiety and depressive disorder
F41.3	اضطرابات قلقية مختلطة أخرى	Other mixed anxiety disorders
F41.8	اضطرابات قلقية معينة أخرى	Other specified anxiety disorders
F41.9	اضطراب قلقى ، غير معين	Anxiety disorder, unspecified
F42	**الاضطراب الوسواسى – القهرى**	**Obsessive - compulsive disorder**
F42.0	تغلب عليه أفكار أو اجترارات وسواسية	Predominantly obsessional thoughts or ruminations
F42.1	تغلب عليه أفعال قهرية (طقوس وسواسية)	Predominantly compulsive acts [obsessional rituals]
F42.2	أفكار وأفعال وسواسية مختلطة	Mixed obsessional thoughts and acts
F42.8	اضطرابات وسواسية – قهرية أخرى	Other obsessive - compulsive disorders
F42.9	اضطراب وسواسى – قهرى ، غير معين	Obsessive - compulsive disorder, unspecified
F43	**التفاعل للكرب الشديد واضطرابات التأقلم**	**Reaction to severe stress, and adjustment disorders**
F43.0	التفاعل للكرب الحاد	Acute stress reaction

F43.1 الاضطراب الكربى التالى للرضح	Post-traumatic stress disorder
F43.2 اضطرابات التأقلم	Adjustment disorders
.20 تفاعل اكتئابى وجيز	Brief depressive reaction
.21 تفاعل اكتئابى مديد	Prolonged depressive reaction
.22 تفاعل قلقى واكتئابى مختلط	Mixed anxiety and depressive reaction
.23 مع غلبة الاضطراب فى الانفعالات الأخرى	With predominant disturbance of other emotions
.24 مع غلبة الاضطراب فى التصرفات	With predominant disturbance of conduct
.25 مع اضطراب مختلط فى الانفعالات والتصرفات	With mixed disturbance of emotions and conduct
.28 مع أعراض معينة أخرى غالبة	With other specified predominant symptoms
F43.8 تفاعلات أخرى للكرب الشديد	Other reactions to severe stress
F43.9 تفاعل للكرب الشديد، غير المعين	Reaction to severe stress, unspecified
F44 الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) (التحويلية)	**Dissociative [conversion] disorders**
F44.0 فقد الذاكرة التفارقى (الانشقاقى)	Dissociative amnesia
F44.1 الشرود التفارقى (الانشقاقى)	Dissociative fugue
F44.2 الذهول التفارقى (الانشقاقى)	Dissociative stupor
F44.3 اضطرابات الغيبة والتملك	Trance and possession disorders
F44.4 اضطرابات حركية تفرقية (انشقاقية)	Dissociative motor disorders
F44.5 الاختلاجات التفارقية (الانشقاقية)	Dissociative convulsions
F44.6 الخدر وفقد الحس التفارقيان (الانشقاقيان)	Dissociative anaesthesia and sensory loss
F44.7 اضطرابات تفارقية (انشقاقية) (تحويلية) مختلطة	Mixed dissociative [conversion] disorders
F44.8 اضطرابات تفارقية (انشقاقية) (تحويلية) أخرى	Other dissociative [conversion] disorders
.08 متلازمة غانسر	Ganser's syndrome
.81 اضطراب تعدد الشخصية	Multiple personality disorder

.82 اضطرابات تفارقية (انشقاقية) (تحويلية) عابرة تحدث فى سن الطفولة والمراهقة — Transient dissociate [conversion] disorders occurring in childhood and adolescence

.88 اضطرابات تفارقية (انشقاقية) (تحويلية معينة أخرى — Other specified dissociative [conversion] disorders

F44.9 اضطراب تفارقى (انشقاقى)(تحويلى) ، غير معين — Dissociative [conversion] disorder, unspecified.

F45 الاضطرابات الجسدية الشكل — F45 Somatoform disorders

F45.0 اضطراب الجسدنة — Somatization disorder

F45.1 اضطراب جسدى الشكل غير مميز — Undifferentiated somatoform disorder

F45.2 اضطراب مراقى (توهم المرض) — Hypochondriacal disorder

F45.3 خلل الأداء (خلل الوظيفة) المستلقى (الأتونومى) الجسدى الشكل — Somatoform autonomic dysfunction

.30 فى القلب والجهاز القلبى الوعائى — Heart and cardiovascular system

.31 فى الجهاز الهضمى العلوى — Upper gastrointestinal tract

.32 فى الجهاز الهضمى السفلى — Lower gastrointestinal tract

.33 فى الجهاز التنفسى — Respiratory system

.34 فى الجهاز البولى التناسلى — Genitourinary system

.38 فى أى عضو أو جهاز آخر — Other organ or system

F45.4 اضطراب الألم الجسدى الشكل المستديم — Persistent somatoform pain disorder

F45.8 الاضطرابات الجسدية الشكل الأخرى — Other somatoform disorders

F45.9 أضطراب جسدى الشكل ، غير معين — Somatoform disorder, unspecified

F48 الاضطرابات العصابية الأخرى — F48 Other neurotic disorders

F48.0 الوهن العصبى — Neurasthenia

F48.1 متلازمة تبدد الشخصية – تبدل إدراك الواقع — Depersonalization - derealization syndrome

F48.8 الاضطرابات العصابية المعينة الأخرى — Other specified neurotic disorders

F48.9 اضطراب عصابى ، غير معين — Neurotic disorder, unspecified

مما لاشك فيه أن الاضطرابات العصابية أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة؛ إذ إن مدى انتشارها يفوق مانعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية ، فهي فى الحقيقة أكثر فروع الطب النفسى والعقلى شيوعاً.

ويتسم العصاب بصفة عامة بوجود صراعات داخلية ، ويتصدع فى العلاقات الشخصية ، وظهور أعراض مختلفة ، أهمها : القلق والخوف ، والاكتئاب، والوساوس ، والأفعال القهرية ، وسهولة الاستثارة ، والحساسية الزائدة ، واضطرابات النوم والطعام، وكذلك الأعراض التحولية الانشقاقية (الهستريا سابقاً) .

ويحدث ذلك دون المساس بترابط وتكامل الشخصية ، ويتحمل المريض المسئولية كاملة ، والقيام بالوجبات كمواطن صالح ، والحياة والتجاوب مع الآخرين دون احتكاك واضح ، مع سلامة الإدراك واستبصار المرضى بآلامهم والتحكم فى الذات ، مما يميز هذه الاستجابات العصابية عن الذهان الذى تضطرب فيه هذه الصفات .

وقد اختلف كثيراً فى تحديد معنى العصابى Neurotic، وكما ذكرنا فى المقدمة .. ألغت الجمعية الأمريكية للطب النفسى هذا اللفظ ابتداء من عام ١٩٧٨؛ حيث إن هذا اللفظ يطلق على كل من لم يستطع التكيف مع المجتمع ، أو التأقلم مع العادات المألوفة ، وأصيب بإثارة عصبية لحد المبالغة ، ومن ثم كان المبدعون أو الخلاقون ، والفنانون وكل من ثار على نظم أو أسس المجتمع أو الأسرة عصابياً.

وبالطبع ليس هذا هو المفهوم الذى نعنيه ، فالعصابى هو الشخص الذى أصبح من خلال صراعاته الداخلية ، وصراعاته مع المجتمع يعانى من أعراض نفسية متعددة ، تجعله غير قادر على الاستمرار أو الإنتاج كما ينبغى ، وهو من خلال هذه المعاناة يطلب هذه المساعدة للوصول إلى درجة من الرضى والمرونة والاستمرار .

وقد أصبح من المتفق عليه الآن أن الأمراض العصابية تحدث نتيجة لترابط عدة عوامل ، هى :

(١) الاستعداد التكوينى «الوراثى» .

(٢) مراحل النمو فى الطفولة .

(٣) العوامل النفسية والاجتماعية الحالية ، والتى تساعد على ظهور المرض.

(٤) العوامل الحضارية .

(٥) الاستعداد الفسيولوجى للجهاز العصبى .

وسنحاول تصنيف الاضطرابات العصابية فيما يلى :

(أ) اضطراب القلق العام .

(ب) اضطراب القلق والاكتئاب المختلط .

(جـ) اضطراب الهلع .

(د) اضطراب القلق الرهابى .

(هـ) رهاب الساحة (الأماكن المتسعة) مع أو دون هلع .

(و) الرهاب الإجتماعى .

(ز) الرهاب المحدد .

(ح) أخرى .

(ط) اضطراب الوسواس القهرى .

(٦) استجابة الكرب الشديد واضطرابات التوافق .

(أ) استجابة الكرب الحادة .

(ب) استجابة كرب مابعد حادث .

(جـ) اضطراب التوافق .

(٧) إضطرابات انشقاقية وتحولية (هستيريا) :

النساوة – الشرود – السبات والغشية – التلبس – الحركة – التشنجات – الخدار– فقدان الإحساس – زملة جانسر – تعدد الشخصية وأخرى .

(٨) اضطرابات جسدية الشكل :

(أ) اضطراب الجسدنة .

(ب) اضطراب الجسدنة غير المميز .

(جـ) اضطراب جسدى الشكل فى الجهاز العصبى اللاإرادى .

(د) اضطراب الألم الجسدى الشكل .

(٩) اضطرابات عصابية أخرى :

- زملة اختلال الآنية والواقع .

(تبدد الذات والواقع) .

مدى الانتشار :

إن الحصول على أرقام دقيقة فى هذا الشأن أمر عسير ، إن لم يكن مستحيلاً؛ لأن معظم هؤلاء المرضى لايدخلون المستشفيات النفسية والعقلية ، بل إن نسبتهم فى هذه المستشفيات لاتتعدى من ٣-٥ ٪ من المقبولين لأول مرة . والحقيقة أن الجزء الأكبر من هؤلاء المرضى يترددون على كافة العيادات الطبية ، ويعانون من أعراض وآلام جسمية ، وينتقلون من طبيب لآخر ، دون معرفة التشخيص الحقيقى .

وتوضح لنا بعض التقارير أن حوالى ٤٠ ٪ من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من مرض العصاب ، والذى يتميز بأعراض وشكاوى عضوية . وقد قام أحد الممارسين العامين فى بريطانيا بدراسة شاملة ، ووجد أن ٢١ ٪ من مرضاه يعانون من العصاب ، وكذلك ١٠ ٪ يعانون من أمراض سيكوسوماتية ، وتعتبر هذه النسبة قليلة ؛ حيث إن الوعى الطبى هناك يتيح لهؤلاء المرضى أن يلجأوا للعلاج التخصصى .

ولكنى أعتقد أن هذه النسبة تزيد فى مصر زيادة واضحة حيث إن مستوى التعليم ، ومدى انتشار الوعى الطبى ، وخاصة فى الناحية النفسية متخلف ؛ مما يؤدى إلى تدهور بالغ فى الصحة النفسية للفرد ، وفى إحدى الإحصائيات التى قمت بها بين زملائى أساتذة كلية الطب ، وجدت أن نسبة المرضى العصابيين الذين يترددون عليهم حسب تخصصاتهم كالآتى :

حوالى ٤٠-٦٠ ٪ بين أطباء القلب ، ٣٠-٤٠ ٪ بين أطباء الصدر ، ٥٠-٦٠ ٪ بين أطباء الجهاز الهضمى ، ٣٠-٤٠ ٪ بين الممارس العام ، ٦٠-٦٥ ٪ بين أطباء الجلد ، ٤٠-٦٠ ٪ بين أطباء الأمراض التناسلية ، ٢٠-٣٠ ٪ بين أطباء أمراض النساء ، ١٠-١٥ ٪ بين أطباء الجراحة ، ٧٠ ٪ بين أطباء الأعصاب (لعدم وعى الفرد فى مصر بالفرق بين طب الجهاز العصبى والنفسى والعقلى) .

ويلجأ هؤلاء المرضى إلى كافة الأطباء ، يشكون من أعراض عامة ، مثل: الأرق ، التهاب المعدة ، سوء الهضم ، ضعف عام ، فقر دم ، روماتيزم ، الدوار ، سخونة فى الجسم ، تنميل فى الأطراف ، آلام متنقلة فى الجسم ، الخوف من أمراض مثل الدرن ، السرطان ، القلب ، انقباض الصدر صعوبة البلع ... إلخ ، وتدل الأبحاث أن حوالى ٨٠٪ من مرضى النفس والعقل يتجهون إلى الممارس العام أو العلاج الشعبى ، قبل معاودتهم للطبيب النفسى .

وتشكل الأمراض العصابية تهديداً لاقتصاد البلد ، حيث أشارت إحدى الدراسات أن حوالى ٤٠–٦٠٪ من عمال المصانع يتغيبون عن عملهم لأسباب نفسية وعقلية ، مما يزيد من الوقت الضائع فى ميدان الصناعة ، ويؤثر على اقتصاديات الإنتاج .

وتنتشر الاضطرابات العصابية بين النساء أكثر من انتشارها بين الرجال ، وقد يكون ذلك راجعاً إلى أن الرجال لديهم فرصة أكبر فى مجتمعنا للتصرف فى مشكلاتهم والتعبير عن انفعالاتهم ، والتنفيس عن رغباتهم مما يقلل من حدة الصراع النفسى ، كذلك يرجع ذلك إلى تقبل النساء للعلاج النفسى قبولاً سهلاً وواضحاً ورغبتهم السريعة والملحة فى الشفاء .

وكثيراً مايخشى مرضى العصاب ، أن يتحول مرضهم إلى الذهان . وعلى الرغم من أن هناك بعض الآراء تفترض أن العصاب ماهو إلا مرحلة مبكرة للذهان ، إلا أن الرأى الحالى يتفق على أنهما فئتان منفصلتان ، وتكشف لنا دراسات المتابعة أن حوالى ٤–٧٪ من مرضى العصاب ينتهون بمرض ذهانى ، وإذا أخذنا فى الاعتبار أن نسبة الذهان بين المجموع العام حوالى ٥–١٠٪ لتبين لنا على الفور عدم ترابط العصاب والذهان .

ونستطيع أن نوجز بالقول أن كل فرد مهيأ للأعراض النفسية ، حسب تعرضه للشدائد والإجهاد ، وأن نسبة العصاب بين مجموع أى شعب تتراوح بين ١٠–٢٥٪ .

الأسباب :

مازالت الرؤية غير واضحة بالنسبة للأسباب الرئيسية للأمراض العصابية ، ومازلنا نفسر الأسباب بنظريات مختلفة ، ومدارس متنافرة ، ولكن البرهان العلمى لأى من هذه النظريات لم يثبت بعد ، وإن تعددت الأسباب ، ونستطيع أن نلخصها فى نظريتين :

(١) النظرية التكوينية التى تعتمد على العوامل البيولوجية الوراثية والفسيولوجية .

(٢) النظرية البيئية .

ولاداع للتحيز لإحدى هاتين النظريتين ، بل علينا الاستفادة منهما معاً، فتكون أسباب أمراض العصاب هى تفاعل بين العوامل التكوينية والبيئية .

(١) النظرية التكوينية الوراثية

يختلف الأفراد فى تفسيرهم لكلمة تكوين ؛ فالبعض يعنى بها الأساس العقلى والجسمى للفرد ، متأثراً بتجارب الحياة ، والبعض الآخر يعنى مجموعة المميزات النفسية والفسيولوجية والجسمية ، التى تقوم على أساس الاستعداد الوراثى، وأن للبيئة دورها المتواضع .

ولاشك أن العامل الوراثى له أثره فى نشأة الأمراض النفسية ، وقد قامت عدة دراسات على التوائم المتشابهة ، ووجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعصاب فعادة مايصاب الآخر بالمرض نفسه . كذلك دلت دراسة العائلات على أن استجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه فى نوعية العصاب ، فإذا أصاب أحدهم استجابة القلق ، فعادة مايستجيب أفراد العائلة تحت الإجهاد لاستجابة القلق أيضاً ، كذلك استجابة الوسواس القهرى ، أو التحولية و... هكذا .

ولكن يمكن مناقشة ذلك بأن التوائم المتشابهة وأفراد العائلة الواحدة، عادة مايتعرضون للعوامل البيئية النفسية ؛ مما يجعل استجاباتهم العصابية متشابهة ، ولذا فمن الصعب فصل عوامل البيئة عن الوراثة .

ويلخص الجدول المرفق الأبحاث المتوافرة بالنسبة للعامل الوراثى للأمراض العصابية بين التوائم :

نسبة الأمراض النفسية بين التوائم

توائم متشابهة	توائم متشابهة	توائم غير متشابهة
سليتر SLATER ١٩٥٣	٢٥٪	١٩٪
اهدا IHDA ١٩٦٠	٢٠٪	٤٠٪
براكونى BRACONI ١٩٦١	٩٠٪	٤٣٪
تينارى TIENARI ١٩٦٣	٥٧٪	لم تدرس
باركر PARKER ١٩٦٤	٧٠٪	٣٦٪
شيلدز SHIELDS ١٩٦٦	٤٠٪	١٥٪
سليتر SLATER ١٩٨٦	٦٥٪	٤٪

ومن ثم نرى اختلاف الباحثين فى نتائجهم ، ولكن لاشك أن جميع الأبحاث تشير إلى أن النسبة تزيد بين التوائم المتشابهة ؛ مما يعزز دور العامل الوراثى فى نشأة الأمراض العصابية .

(٢) النظـــرية البيئيـــــة

تؤثر العوامل البيئية على نمو وتطور الفرد خلال كل مرحلة ، ويبنى المجتمع الحضارى على أساس التغيير والتكيف ، والتأثير على السلوك والشخصية من خلال التعليم والثقافة ؛ مما يجعل استجابات الأفراد تختلف حسب مجتمعاتهم.

وأهم النظريات البيئية ، هى :

(١) نظرية التحليل النفسى ومشتقاتها .

(٢) النظريات غير التحليلية وأهمها النظرية السيكوبيولوجية .

(٣) النظرية الشرطية السلوكية (التعلم الاجتماعى) .

(٤) نظرية النشأة التكوينية .

(٥) العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة .

(١) نظرية التحليل النفسى

افترض فرويد أن العوامل الرئيسية التى تحدد ماهية الشخصية ، وتسبب

الاستجابة العصابية ، هى مؤثرات بيئية فى الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد، وأن أى صدمة نفسية خلال هذه الفترة تؤثر على النمو الجنسى للطفل ، وتجعله فى حالة «تثبيت» ، ولايستطيع العبور بعدها للمرحلة التالية ؛ مما يؤثر فيما بعد على حالته النفسية ، وبالتالى تظهر الأمراض النفسية عند تعرضه لأى إجهاد أو شدة .

وقد ميز فرويد بين العصاب الحقيقى True Neurosis والعصاب النفسى Psy-choneurosis ؛ فالعصاب الحقيقى يظهر نتيجة حالات جسمية تنشأ من اضطراب الحياة الجنسية للفرد ، مثل الزهد أو الانغماس الزائد ، أما العصاب النفسى فهو سيكولوجى المنشأ ، وقد فسر فرويد السلوك العصابى بنظريات مختلفة منها :

(١) ذكر فرويد فى أول الأمر أن العصاب النفسى ينشأ نتيجة صدمة نفسية جنسية ، خلال السنوات الأولى .

(٢) ثم فسر السلوك العصابى على أساس الصراع الأوديبى بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس الآخر ، ثم أضاف فى شرحه أن أصل العصاب النفسى هو الصراع الشديد بين مكونات الشخصية خاصة الهو والأنا الأعلى ، ثم فسر الإهمال البيئى المبكر بأنه من العوامل المشجعة للعصاب .

(٣) ثم وصل – على أساس بحوثه السابقة – إلى أن أسباب العصاب النفسى متعددة، وأرجعه لعدة عوامل ثم أظهر تصنيفه للاستجابات العصابية الأربعة ، وهى : عصاب الوسواس القهرى ، وهستريا القلق Anxiety hysteria والهستريا التحولية ، والنيوراستينيا .

ولقد اختلف أدلر Adler أحد أتباع فرويد مع كثير من نظريات أستاذه ، فقد اعتبر القوة الدافعة فى الإنسان هى «الرغبة فى القوة» بدلاً من الليبيدو الغريزى ، كما وضع الرغبة فى العدوان محل الرغبة فى الجنس ، وكان أدلر رائد مدرسة علم النفس الفردى Individual Psychology ، التى تقوم على أساس أن السعى الشائع بين الجميع من أجل التفوق ، هو أساساً نوع من التعويض للشعور بالنقص ، والذى بدأ فى الطفولة ، عندما يرى الطفل أنه أضعف من الكبار المحيطين به جسمياً وعقلياً ، ومن ثم يبدأ بالشعور بالنقص، ويستجيب لذلك بالكفاح من أجل التفوق والسمو والعظمة كتعويض لشعوره بالعجز .

كذلك أشار أدلر إلى بعض المواقف الأسرية ، من ناحية تدليل أو إهمال الطفل،

وترتيب الطفل بين أخوته ، وأسلوب الحياة الذى يضعه كل فرد هدفاً مبكراً فى حياته، بحيث تصبح بقية جوانب الحياة الأخرى ثانوية بالنسبة له، وتعتمد الوجهة التى سيتخذها أسلوباً للحياة على المؤثرات البيئية المبكرة والنمط الأسرى وطبيعة الشعور بالنقص ، ومن الممكن أن يؤدى أسلوب الحياة إلى ظهور المواهب ، السلوك الإيجابى المفيد اجتماعياً ، ولكنه من الممكن أيضاً أن يؤدى إلى تعويض مرضى زائد .

وقد طرح أدلر جانبيّاً النظرية الجنسية فى العصاب ، واعتبر العصاب محاولة لكى يحرر الفرد نفسه من الشعور بالنقص ؛ لكى يحصل على الإحساس بالتفوق .

وقد وجد يونج Jung وهو أيضاً أحد أتباع فرويد ، أنه فى خلاف مع نظرية التحليل النفسى ، ومن ثم انفصل عن فرويد ، وأسس مدرسة علم النفس التحليلى An-alytical Psychology . وتتركز إضافاته فى أنه لم يقتنع بأن مفهوم الليبيدو جنسى أساساً ، وافترض أن هناك مستودعاً كبيراً لطاقة عامة غير مميزة ، تنبثق منها القوى الدافعة للإنسان فى حياته ، ثم أدخل يونج مفهوم الانطواء – الانبساط ؛ فالليبيدو عند الانبساطيين يتجه إلى الخارج ، وهم يستجيبون موضوعيّاً للعالم الواقعى ، أو لعالم الخيال ، وهذا الاتجاه نحو الواقع الخارجى أو الذات الداخلية جزء أساسى من التكوين الجسمى النفسى للفرد ، وهو يحدد نمطه إلى درجة كبيرة ، فيصل به إلى منتهاه قامعاً كل الاتجاهات الأخرى ، وكذلك أدخل مفهوم اللاشعور الجماعى والشخصى .

أما أوتو رانك Otto Rank ، فقد عارض بعض الآراء الأساسية لفرويد ، واعتبر صدمة الميلاد (عملية الولادة فى حد ذاتها) مصدراً لمعظم القلق الذى يشعر به الفرد فى مقتبل حياته ، على أساس التهديد بأنه انفصل عن مأوى الحب والأمن . ويرى رانك أن الإرادة هى أهم قوة حيوية فى تكامل أو تفكك الشخصية، وأن العصابى شخص معتمد وغير ناجح انفعاليّاً ، ولم تتطور إمكانياته التى تمكنه من الضبط ومن تأكيد ذاته .



مقدمة لأمسية جن الغاب
(بيكاسو) لاحظ الرموز الجنسية

وقد ظهرت ومازالت تظهر نظريات جديدة من أتباع فرويد ، مثل نظرية أريك فروم Eric Fromm ، والتى تعتمد أساساً على أن علم النفس لامعنى له ، إلا إذا وضع فى إطار أنثروبولوجى وفلسفى .

أما كارين هورنى Horney ، فقد ابتعدت عن وجهة النظر البيولوجية لفرويد ، ووضعت نظريتها فى الشخصية بتأكيد أهمية التضاريس الحضارية ، والخبرات الشخصية ، واعتبرت أن القلق الأساسى سبب العصاب ، وهو شعور بالبؤس وسط عالم معادٍ ، ويظهر ذلك من التفاعل بين مشاعر القلق والكراهية التى تنبعث من إهمال الوالدين للطفل ، وكذلك سوليفان Sulivan حيث نستطيع تلخيص النقطة الأساسية فى نظريته فى الشخصيات فى كلمة التشكل الحضارى acculturation ، وأن بناء الشخصية النهائى هو نتاج التفاعل مع الكائنات الإنسانية الأخرى ، ونظريات أخرى لإرنست جونز Ernst Jones وكلاين Klein وإبراهام Abraham وفينيكل Fenickel وكاردينر Kardiner ... إلخ .

(٢) النظريات غير التحليلية

ظهرت عدة نظريات مهمة لفهم الشخصية والسلوك العصابى مستقلة تماماً عن المدارس الفرويدية، أولها المدرسة السيكوبيولوجية ، التى أسسها أدولف ماير Adolf Meyer (١٨٦٦-١٩٥٠) .

وقد ألح ماير على ضرورة دراسة البناء والميول الوراثية ، وخبرات الحياة وضغوط البيئة جميعها ، إذا أردنا أن نتتبع أصل اضطراب معين ونفهمه ؛ أى إننا نستطيع فهم السلوك فهماً حقيقياً ، إذا درسنا الشخصية الكلية والتاريخ الكلى لحياة الفرد . ولتلخيص نظريته فى العصاب ، نقول إن ماير يعتبر أن مستويات الطموح غير الواقعة ، وعدم تقبل الذات عاملان أساسيان فى الشخصية المرضية ، وهو يعتقد أن الناس يصابون بالاضطرابات ؛ لأنهم غير قادرين على تشكيل آمالهم وفقاً لحالاتهم ومن ثم فهم يشعرون بالنقص والخوف والاتجاهات العصابية الأخرى .

ويميل الطب النفسى فى الولايات المتحدة إلى الاعتقاد بنظرية ماير ، وأن جميع الأمراض النفسية والعقلية ماهي إلاستجابات توافقية أو تكيفية بيئية للفرد ، مستخدماً الإجراءات الدفاعية العصابية .

ومن النظريات الحديثة غير التحليلية ، المنهج الوجودى ، فقد شعر عدد من المعالجين النفسيين بسخف تلك الطرق ، التى تحاول وضع الشخص المريض ضمن مجموعة محددة ، أو تحاول فهمهم ضمن إطار نظرى محدد سابقاً ، أو مدرسة خاصة وأدركوا أن المعرفة بالنظرية وحدها لايخفف من قلق المريض ولاتؤدى إلى شفائه ، وتحاول الوجودية كمنهج علاجي للمريض العقلى ، فهم الخبرات الذاتية للمريض فى علاقتها بالمرض نفسه، وبعالمه ، وبالناس من حوله.

(٣) النظرية الشرطية (التعلم الاجتماعي)

كان لابد لبافلوف أن يتعرض لاضطرابات الجهاز العصبى لدى الإنسان ؛ لأن هذه الاضطرابات لاتشكل كافة مستويات الجهاز العصبى لدى الحيوان ؛ ولذلك خاض بافلوف ميدان الأمراض النفسية والعقلية ، ففسر الهستريا ، والفصام، وابتدع طرقاً للعلاج ، وكان يعتبر الطب العقلى والنفسى فرعاً من فروع فسيولوجية الجهاز العصبى.

وقد تأثر بافلوف بعالم روسى آخر ، من أبرز علماء النصف الثانى من القرن

التاسع عشر هو سيشنوف ، وكان الأخير عالماً نفسياً وفسيولوجيّاً ، وهو الذى وضع البذرة الأولى لنظريات الفعل المنعكس والكف الفسيولوجى ، وكان يرى أن الفسيولوجيا هى العلم الوحيد القادر على تحويل علم النفس إلى علم موضوعى ، ولنا تحفظ واحد بالنسبة لنظريات بافلوف ، وهو أن نجاحه الكبير فى كشف خبايا الجهاز العصبى للحيوان دفعه إلى تعميم أحكامه على الإنسان أيضاً ، بحيث لم يبق فى نظره فرق نوعى بين النشاط العصبى الحيوانى والإنسانى ؛ مما جعل أفكاره الخاصة بسمات النشاط النفسى البشرى، ليست على مستوى الدقة والعمق نفسه الذى بلغته دراسة الحيوان .

ويسمى بافلوف المبدأ الموجه لنظرياته كلها «الاتجاه العصبى» أو نظرية النشاط العصبى الراقى ، ويعنى به محاولة توسيع ومد تأثير الجهاز العصبى إلى أكبر عدد ممكن من أوجه نشاط الكائن العضوى ، ويقوم هذا التأثير العصبى على أساس عملية الترابط أو الانعكاس الشرطى ، فأصغر الأحداث أو التغيرات فى العالم الخارجى والعالم الداخلى العضوى للكائن ، يمكن أن ترتبط بحالات عصبية معينة مما يسمى بالفعل المنعكس الشرطى .

وهناك نوعان من الانفعالات المنعكسة ، «الفعل المنعكس» غير الشرطى (الفعل المنعكس الفطرى أو الوراثى) ، ويقابله الفعل المنعكس الشرطى (الفعل المنعكس المكتسب أو الإشارى) ، أما مايعرف بالغرائز فهى أنواع معقدة جداً ، ومركبة من الانعكاسات غير الشرطية ترتبط كل منها بالأخرى ، بشكل مرتب ؛ أى إنها سلاسل مترابطة من الانعكاسات تتخذ شكلاً نمطياً .

كيف يتكون الانعكاس الشرطى ؟

تتم عملية الترابط الشرطى فى حالة الاتفاق فى الوقت بين حدوث المنبه القديم والمنبه الجديد ، أو حدوث هذا قبل القديم بفترة قصيرة محدودة ، وقد أثبتت التجارب أنه إذا أثير الكلب إثارة شديدة أثناء حدوث الانعكاس غير الشرطى .. فإنه يصبح من المستحيل أن ينجح المنبه الجديد فى الارتباط بالمنبه القديم ، ولكن إذا تنبه الكلب للمنبه الجديد .. فإنه تتكون فى هذه الحالة بؤرتان للإثارة فى الجهاز العصبى ، هما : بؤرة المنبه القديم – وهى بداهة الأقوى والأشد – وبؤرة المنبه الجديد .

ووفقاً لقوانين النشاط العصبى التى يقررها بافلوف ، تنتقل الإثارة من البؤرة الأقوى إلى البؤرة الأضعف . فيحدث ممر عصبى بينهما، أى يحدث الارتباط

المكتسب أو الفعل المنعكس الشرطى .

ومنذ اكتشاف بافلوف للفعل المنعكس اتجه علماء النفس للاستفادة منه ، ويمكن اعتباره أساساً لتفسير السلوك الإنسانى على أساس التعليم الشرطى ، وقد أثبتت التجارب أنه مالم يتم تعزيز الانعكاس الشرطى من حين لآخر .. فإنه ينطفئ تدريجياً حتى يتوقف ، أثره تماماً ، وتنتج ظاهرة الانطفاء من عملية عقلية يسميها بافلوف «الكف» .

ويرى بافلوف أن السلوك يتم بالتوازن والتوافق بين النظم الثلاثة للجهاز العصبى ، وهى :

(١) **النظام الأول** ، وهو نظام الأفعال المنعكسة غير الشرطية ؛ أى نظام الغرائز ، والدوافع ، والانفعالات المتمركزة فى منطقة تحت اللحاء الملتصقة بالنصفين الكرويين للمخ .

(٢) **النظام الثانى** ، ويسمى عند الإنسان النظام الإشارى الأول ؛ لأنه يشمل إشارات مباشرة لمنبهات الواقع ، مثل سماع صوت الجرس إشارة لتناول الطعام .

وهذا النظام الثانى هو النظام الإشارى الوحيد لدى الحيوان ، ويتمركز فى النصفين الكرويين ، فيما عدا الفصوص الأمامية المتطورة عند الإنسان . وهذا النظام الإشارى الأول هو حامل الفكر التخيلى الذى ينتج عن التأثير المباشر للعالم الخارجى والوسط الداخلى للكائن العضوى .

(٣) **النظام الثالث** ، ويسمى النظام الإشارى الثانى ، ولايوجد إلا عند الإنسان ويتمركز فى الفصوص الأمامية من اللحاء ، ويتكون من إشارات لإرشادات النظم السابقة ، وهى من ثم إشارات مجردة لاتعتمد على الاستقبال المباشر لمنبهات الواقع ، ولكنها تعتمد على الرمز وعلى الكلمة . ولما كان للكلام عدة ركائز فى اللحاء هى المنطقة السمعية فى الفص الصدغى ، والبصرية فى الفص المؤخرى، والحركة فى الفص الجدارى ، أمكن أن يقال إن هذه المناطق تشكل الركائز الأساسية للنظام الإشارى الثانى فى اللحاء .

وإذا كان التآزر بين نشاط هذه النظم الثلاثة هو أساس الصحة النفسية أو النشاط العصبى السوى ، فهذا التآزر هو نتيجة للتوازن بين عمليات النشاط العصبى ؛ أى التوازن أساساً بين عملية الإثارة والكف ، فإذا اختل هذا التوازن حل الاضطراب

والمرض محل الصحة والسلوك السليم ، وموجز رأى بافلوف فى الأمراض النفسية أنها تنتج من تفكك هذه النظم العصبية .

وهناك نوعان أساسيان من الأمراض فى رأيه ، هما : الهستريا ، والأعياء النفسى (السيكيستنيا) .

فالهستريا تفكك يسيطر فيه النظام الإشارى الأول ، ولذلك تصيب الإنسان والحيوان ، أما الإعياء النفسى فلايصيب إلا الإنسان ؛ إذ يسود فيه النظام الإشارى الثانى ، غير أن بافلوف عاد فيما بعد واعتبر الهستريا مرضاً خاصاً بالإنسان فقط.

ويجب أن نذكر أن نظرية بافلوف فى سببية الأمراض وعلاجها لم تجد مايؤيدها كما لم تجدماينفيها بعد ذلك ، كما أننا يجب أن نذكر أيضاً أنه يضع السلوك الحيوانى والسلوك الإنسانى الواعى على مستوى واحد .

وتطورت حديثاً نظريات بافلوف بواسطة كثير من العلماء مثل فولبى ، وأخيراً أيزنك الذى ابتدع نظريته فى نشأة الأمراض النفسية والعقلية ، واتخذ أساسه فسيولوجياً الجهاز العصبى كما ذكرها بافلوف ، وأهم أساسيات نظريته فيما هو مبين بالرسم :

الاستعداد الوراثى للعصاب (عدم الثبات الانفعالى)

انبساطية	انطوائية
هستيريا	قلق
سيكوباتية	وساوس قهرية واكتئاب
(صعوبة تكوين انعكاس شرطى وسهولة انطفاء الانعكاس)	(سهولة تكوين انعكاس شرطى وصعوبة إطفائه) .

وفى رأى أيزنك أنه يوجد اختلاف واضح بين الأفراد فى تكوين الإرتباطات الشرطية ، وأن جوهر الاختلاف أساساً وراثياً . وحسب نظريته ، فإن الاضطرابات النفسية تنشأ من تكوين أفعال منعكسة خاطئة بتأثير تفاعل عاملى البيئة والوراثة . وأن هذه الأمراض ماهى إلا أنماط من السلوك تعلمناها ؛ لتخفف من آلام القلق فى ظروف خاصة ، ويعزز دائماً هذا السلوك الخاطئ بإحجام المريض عن القيام بأى عمل يؤدى إلى مخاوفه ؛ مما يعزز المرض ، فالذى يخاف من الأماكن الضيقة يبتعد عن هذه الأماكن ، ولايرتادها حتى لايشعر بالقلق .

وهذه العملية فى حد ذاتها تعزز خوفه من هذه الأماكن ، ومن ثم تنشأ دائرة مفرغة ، وتنشأ الأمراض النفسية بالتالى من تفاعل أبعاد الشخصية مابين انطوائى وانبساطى مع الاستعداد الوراثى للعصاب . وتؤكد الأبحاث الفسيولوجية الحديثة أن الاستعداد الوراثى للعصاب أو مايسمى أحياناً بعدم الثبات الانفعالى يكمن فى فسيولوجية وكيمائية الجهاز الطرفى أو السطح الأنسى من الفص الصدغى ، أما أبعاد الانطوائية والانبساطية فمركزها فى التكوين الشبكى ، والذى له علاقة مباشرة مع درجة الانتباه والوعى واليقظة ، وتنقيه المداخل الحسية للمخ، الذى يمتد من جذع المخ حتى المهاد (الثلاموس) ، ومنه إلى قشرة المخ .

فإذا تفاعلت الانطوائية مع الاستعداد الوراثى للعصاب نشأت بعض الأمراض مثل القلق والوساوس القهرية ، والاكتئاب ، ويتميز هذا التفاعل بسهولة تكوين الأفعال المنعكسة الشرطية وصعوبة إطفائها ؛ مما يجعل علاجها يحتاج لوقت أكثر من الأمراض الأخرى . أما إذا تفاعلت الانبساطية مع الاستعداد الوراثى فتنشأ الهستريا والشخصية السيكوباتية ، ويلاحظ هنا صعوبة تكوين هؤلاء الأفراد لارتباطات تساعدهم فى التكيف والتأقلم مع المجتمع ؛ ولذا فهم دائماً فى احتكاك وصراع مستمر مع المجتمع ؛ مما يؤدى إلى سلوك ضد اجتماعى ، وإذا تكونت لديهم أفعال منعكسة شرطية فهى ضعيفة ، ومن السهولة إطفاؤها ، ولذا فهم قابلون للإيحاء وحتى الأعراض الهستيرية فهى قابلة للتغير حسب الإيحاء .

ونستطيع تطبيق ذلك فى تعلم الإنسان لكثير من العادات والتقاليد ، فإن معرفة الطفل أن تعلمه لسلوك خاص سيعود عليه بالخير والرخاء من والديه ، يجعله يبدأ فى اكتساب عادات شرطية يعززها دائماً رضا الوالدين ، فإذا كذب فمصيره جهنم والضرب ، وإذا صدق فله الجنة والحلوى ..

وهذا يعزز عنده الارتباط الشرطى .. الصدق – الخير والرضا ، كذلك من الممكن أن يكتسب الفرد انعكاساً شرطياً خاطئاً ، يؤدى إلى مرض نفسى كالمخاوف ، فهذه السيدة التى تصاب بخوف دائم عند دخولها أى مكان مزدحم أو مغلق ، أو تشعر بالغثيان والقلق والإغماء ، سيكتشف أنها قد مرت بتجربة ما أثناء حياتها ، سببت لها هذا الخوف المرضى من الأماكن المغلقة ، فربما صادفها حادث معين وهى فى أحد المصاعد الكهربائية كتوقف المصعد مثلاً ، ومن ثم بدأت تشعر بالخوف والقلق ، وسرعة ضربات القلب ، وتنميل الأطراف ثم أغمى عليها ، وتدريجياً بدأت فى تكوين

ارتباط شرطى ، يتضمن أن ركوب المصعد يصاحبه الأعراض السابقة ، ثم بدأت فى تعميم الإرتباط الشرطى ؛ مما أدى إلى شعورها بالخوف والقلق من جميع الأماكن المغلقة ، ويعزز هذا الارتباط ابتعادها دائماً عن هذه الأماكن .

وإذا وجدت على الرغم منها فى أحد هذه الأماكن فسيتولد عندها الخوف والأعراض السابقة بما يعزز هذا الانعكاس الشرطى ، وقد بدأت حديثاً موجة العلاج السلوكى الشرطى ، وهى محاولة علاج هؤلاء المرضى بإعادة تعليمهم الارتباط الشرطى الصحيح وإطفاء الارتباط الشرطى المرضى .

(٤) نظرية النشأة التكوينية

يعلم الأطباء أهمية المنزل والنشأة الأسرية ، وعلاقة الطفل بوالديه فى تكوين الكثير من الأمراض النفسية ، فعادة مايحتاج الطفل إلى أرضية عائلية ثابتة يشعر خلالها بالحب والحنان من أبوين صالحين ثابتين ، ونستطيع أن نقول إن الطفل يحتاج إلى ثلاثة أسس للصحة النفسية ، هى :

(١) الوجدان ونعنى هنا الحب الثابت المستقر والمستمر .

(٢) الأمن والاستقرار بوجود الوالدين ، وإعطاؤه الدفء واللعب والطعام .

(٣) النظام ، ومتابعته لتقاليد ونظم خاصة مع انتمائه لعقيدة ، ولكن مع إعطائه الفرصة للتعبير عن انفعالاته بحرية .

وقد لوحظ أنه إذا ابتعدنا عن هذه المقاييس ، فسنجد نشأة الطفل مصحوبة بسمات وأنماط خاصة فى شخصيته ، مع استعداده لتكوين أعراض عصابية سواء فى طفولته أو بعد نضوجه ، وعندنا كثير من الأمثلة التى تؤثر فى تكوين شخصية الطفل، من خلال تفاعل علاقته بالوالدين ، فلاشك أن الأم التى تخنق طفلها بالحب ، وتربطه بها ارتباطاً شديداً مرضياً ، تجعله ينشأ عاجزاً عن الاستقلال العاطفى .

والعكس بالنسبة للأم التى تهمل أطفالها ، ولاتشعرهم بالحنان الدائم الثابت، أو الوالدين اللذين يفرقان فى معاملتهما بالنسبة للأطفال ، ومحاباة أحد الأخوة أو الأخوات عن الآخرين ، كذلك المنافسة والغيرة بين الأخوة ، ثم احترام أو سخرية الزملاء فى المدرسة ، أو وجود الطفل بين شجار دائم فى المنزل ، أو بين أبوين مريضين دائمى الشكوى والنفور من الحياة ولعنتها ، كذلك ستختلف شخصية الطفل فى علاقته مع الوالدين ، إذا كان هو الطفل الأوحد أو الأصغر ، وإن كان أحد سبعة أو تسعة أطفال .

لاشك إذاً أن النشأة التكوينية لها أثرها البالغ فى نضوج وتقويم الشخصية مع ظهور الأمراض النفسية عند النضوج ، أو عند مواجهة أى شدة أو إجهاد.

(٥) العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة

أثبت علماء الأجناس أن للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثرها البالغ فى تكوين الشخصية ، وبالتالى استعداد الفرد للأمراض النفسية ، ولاننسى فى ذلك أبحاث عالمة الاجتماع مارجريت ميد ، كذلك أوضح علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار والحرمان العاطفى ، والبطالة ، والولادة غير الشرعية ، وفقدان أو الانفصال عن أحد الوالدين والطلاق ، والإدمان ، والتبنى أو النشأة فى ملجأ ، أو بيت للحضانة وعدم التوافق الأبوى ... أوضحوا أثر كل ذلك فى ظهور الشخصية السيكوباتية ، أو الشخصية المتبلدة انفعالياً .

وقد أظهرت الدراسات الميدانية فى الأمراض النفسية أن ماتعتبره بعض المجتمعات مرضاً يستحق العلاج ، ينظر إليه ، فى مكان آخر على أنه نوع من الانحراف ، يجب استئصاله من المجتمع أو عزل صاحبه فى أحد السجون ، وسنجد فى مجتمع ثالث أنهم يقبلون هذا النوع من السلوك كظاهرة عادية لاتحتاج للعلاج ، أو العقاب . إذاً ، فالناحية الاجتماعية ، ومدى تفهم المجتمع لنوع من الأعراض والسلوك سيكون له أثره على نوع التفاعل الخاص والاستجابة بين المريض والمجتمع.

وقد كان الاعتقاد الشائع بأن نسبة انتشار الأمراض النفسية فى الأماكن المتحضرة تفوق نسبتها فى المجتمعات النامية ، ولكن ثبت تشابه النسبة فى كل المجتمعات ، ولكن مظاهر المريض تختلف أحياناً تبعاً للناحية الحضارية ومايعتبر هناك مرضاً ، يعتبر فى مكان آخر سلوكاً منحرفاً ، وفى مجتمع ثالث يعتبر أسلوباً فى الحياة .

وقد وجد المؤلف (١٩٩٠) فى بحث ميدانى وبائى أن الأعراض الاكتئابية تزيد فى الريف عن الحضر فى مصر ؛ مما يشير إلى زوال الفروق السابقة التى كانت تميز سكان الريف عن الحضر .

ولكن بعض الدراسات الميدانية الإحصائية أظهرت أن الأمراض النفسية تزيد نسبتها بين أفراد الطبقات العليا من المجتمع ، وأن الأمراض العقلية تكثر بين الطبقات السفلى ، كذلك لوحظ وجود علاقة واضحة بين نوع الاستجابة العصابية والطبقة الاجتماعية ؛ فبينما تكثر استجابة الخوف ، والقلق أو العصاب المزمن بين الطبقات الاجتماعية الأولى والثانية ، تزيد الاستجابة التحويلية والانشقاقية والهستيرية بين الطبقات الرابعة والخامسة .

العـوامـل المسـاعـدة :

إن تعريف المشقة ، أو الإجهاد ، أو الكرب Stress ضرورى قبل معرفة تفاعل الكرب مع الفرد لظهور الأمراض النفسية ؛ فالكرب هو تحدى عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد ، وتعتمد كمية الشدة أو الانعصاب اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد الوراثى .

(١) حـــــادة :

مثل الصدمات الجنسية فى الطفولة .. أو فقدان أحد الوالدين أو الأعزاء .. فقدان العمل أو المال المفاجئ .. اتهام بوليسى أو سياسى ... إلخ .

(٢) طويلة المدى :

عندما تتجمع الكروب وتتراكم على مدى الأيام ، مثل الشخصية الطموحة التى تنقصها القدرة على تحقيق رغباتها ، أو لم تعط الفرصة لإرضاء قدراتها، أو عدم التوافق فى الزواج سواء من الناحية العاطفية أو المزاجية أو الجنسية ... إلخ ، أو عدم التكيف فى العمل .

(٣) ذاتيـــــة :

وهنا تكون الشدة مؤثرة على فرد معين نظراً لحاجاته الخاصة ، مثل : النزاع المستمر ، والصراع الدائم بين الفرد ورؤسائه أو زملائه فى العمل ، أو مايعتبره إهانة لذاته أو لكرامته .

(٤) جســـمية :

مثال الأمراض الشديدة ، كالحميات ، والسموم ، وارتجاج المخ فتلك العوامل الجسمية تنقص من قدرة الفرد على التأقلم والتكيف ؛ مما يجعله ينهار تحت وطأة شدة بسيطة ، يستطيع مقاومتها فى حالاته العادية ، وكذلك بعد الولادة، أو فى نقاهة إنفلونزا شديدة ... إلخ .

كما توجد بعض الحاجات الخاصة لكل فرد يجب إرضاؤها ، وإلا فسيكون كبتها أو إخفاؤها عاملاً لإضعاف مقاومته ، وبالتالى لتعرضه للأمراض النفسية، وهى حاجات جسمية ، وانفعالية ، وروحية أو فكرية ، مثل :

(أ) الحاجة إلى الانتماء ، مع الشعور بأنك تحب وأنك محبوب ، وأن لك ذاتك وفرديتك وكيانك .

(ب) الفرصة للقيام بعمل مفيد ، تشعر أثناءه بدورك فى المجتمع .

(جـ) القدرة على التعبير أو الاشتراك فى أعمال جماعية سياسية ، أو أيديولوجية أو دينية أو حتى هوايات خاصة .

وقد لخص ماسلو (١٩٦٧) الصفات المميزة لمن استطاعوا تحقيق ذاتهم فى أن :

(١) يدرك الحقيقة بكفاءة ، ويستطيع تحمل التأرجح بين الشك واليقين .

(٢) يتقبل ذاته والآخرين كما هم .

(٣) يكون تلقائياً فى تفكيره وسلوكه .

(٤) يركز اهتمامه على المشاكل أكثر من تركيزه على ذاته .

(٥) يتحلى بملكة السخرية والفكاهة .

(٦) يكون مبدعاً وخلاقاً .

(٧) يقاوم التشكل الحضارى الدخيل ، ولكن لايعنى ذلك التحفظ المتزمت .

(٨) يهتم بسعادة الإنسان والبشرية .

(٩) يكون قادراً على التقدير العميق للتجارب الأساسية فى الحياة .

(١٠) يقيم علاقات مشبعة مع القلة ، وليس مع الكم من الناس .

(١١) ينظر للحياة بنظرة موضوعية .

أما السلوك المؤدى إلى تحقيق الذات، فيتميز بأن :

(١) تمارس الحياة كالطفل ، باستغراق واهتمام كامل .

(٢) تجرب الجديد ولاتلتصق بالقديم .

(٣) تستمع إلى إحساسك الخاص فى تقديرك للتجارب ، وليس لصوت التقاليد أو السلطة أو الغالبية .

(٤) تكون مخلصاً وتتجنب التظاهر .

(٥) تكون مستعداً لأن تكون غير محبوب ، إذا كانت آراؤك تختلف مع الغالبية .

(٦) تتحمل المسئولية .

(٧) تعمل بجدية فى ماتقرره .

(٨) تحاول استكشاف عيوبك ودفاعاتك اللاشعورية ، وتتحلى بالشجاعة فى القضاء عليها .

(١) اضطراب القلق العام

(1) Generalized Anxiety Disorder

يقال إن هذا العصر هو «عصر القلق» ، ولانستطيع الجزم بصحة هذا القول ؛ لأنه مما لاشك فيه أنه في الأزمنة السابقة ، عانى الناس من الجوع ، والمرض ، والعبودية والحروب وكوارث عامة مختلفة ، جعلتهم معرضين للقلق مثلما نحن الآن ، ولكن تعقيد الحضارة ، وسرعة التغير الاجتماعي ، وصعوبة التكيف مع التشكل الحضاري السريع والتفكك العائلي ، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية ، على الرغم من إغراءات الحياة ، وضعف القيم الدينية والخلقية مع التطلعات الأيديولوجية المختلفة تخلق الصراع والقلق عند كثير من الأفراد ؛ مما يجعل القلق النفسي هو محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية .

ويختلف الكثير في تعريف القلق النفسي كمرض مستقل ، ونستطيع تعريفه بأنه «شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر ، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ، ويأتي في نوبات متكررة ، مثل : الشعور «بالفراغ في فم المعدة» أو «السحبة في الصدر» ، أو «ضيق في التنفس» ، أو «الشعور بنبضات القلب» ، أو «الصداع» ، أو «كثرة الحركة» ... إلخ .

وقد يحاول البعض التفرقة بين الخوف والقلق ، مع معرفتنا التامة بأنهما عادة مايكونان وحدة ملتصقة ، ولكن شعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة في اتجاهه في وسط الطريق يختلف تماماً عن شعوره بالخوف والقلق ، عندما يقابل بعض الغرباء الذين لايستريح لصحبتهم ، كذلك من الناحية الفسيولوجية ، فالخوف الشديد يصاحبه نقص في ضغط الدم ، وضربات القلب وارتخاء في العضلات ؛ مما يؤدي أحياناً إلى حالة إغماء ، أما القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب ، وتوتر بالعضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة .

ونستطيع تلخيص الاختلاف السيكولوجى بين القلق والخوف فى الجدول الآتى:

	القلق	الخوف
السبب أو الموضوع	مجهول	معروف
التهديد	داخلى	خارجى
التعريف	غامض	محدد
الصراع	موجود	غير موجود
المدة	مزمنة	حادة

الأساس الفسيولوجى للقلق :

تنشأ أعراض القلق النفسى من زيادة فى نشاط الجهاز العصبى اللاإرادى بنوعية السمبثاوى والباراسمبثاوى ، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين فى الدم . ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوى أن يرتفع ضغط الدم ، وتزيد ضربات القلب ، وتجحظ العينان ، ويتحرك السكر من الكبد ، وتزيد نسبته فى الدم، مع شحوب فى الجلد ، وزيادة العرق ، وجفاف الحلق ، وأحياناً ترتجف الأطراف ، ويعمق التنفس .

أما ظواهر نشاط الجهاز البارسمبثاوى ، فأهمها كثرة التبول والإسهال ، ووقوف الشعر ، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم .

ويتميز القلق فسيولوجيّاً بدرجة عالية من الانتباه واليقظة المرضى فى وقت الراحة ، مع بطء التكيف للكرب ، أى إن الأعراض لاتقل مع استمرار التعرض للإجهاد ، نظراً لصعوبة التكيف فى مرضى القلق .

والمركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبى اللاإرادى هو الهيبوثلاموس (المهاد التحتانى) ، وهو مركز التعبير عن الانفعالات ، وعلى اتصال دائم بالمخ الحشوى ، والذى هو مركز الإحساس بالانفعال ، كذلك فالهيبوثلاموس على اتصال بقشرة المخ لتلقى التعليمات منها للتكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية ، ومن ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين قشرة المخ ، والهيبوثلاموس ، والمخ الحشوى ومن خلال هذه الدائرة العصبية نعبر ونحس بانفعالاتنا . وإذا أخذنا فى الاعتبار أن هذه الدائرة العصبية تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيمائية وأن الموصلات العصبية المسئولة عن

ذلك هى السيروتونين ، والنور أدرينالين ، والدوبامين ، والتى تزيد نسبتها فى هذه المراكز عن أى جزء آخر فى المخ ، مع وجود الاستيل كولين فى قشرة المخ ، وأن النظريات الحديثة فى أسباب معظم الأمراض النفسية والعقلية هى خلل فى توازن هذه الموصلات العصبية .. كل ذلك يجعلنا نؤمن أنه من الممكن التأثير فى الانفعالات المختلفة خصوصاً القلق والاكتئاب بإيجاد نوع من التوازن فى هذه الموصلات ، وهو مايحدث مع العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب ، بل إن الجلسات الكهربائية تحدث تأثيرها بتغيير الشحنات الكهربائية وبالتالى الموصلات العصبية ، وأحياناً نلجأ جراحيا لقطع الألياف العصبية الموصلة بين قشرة المخ ، والهيبوثلاموس والمخ الحشوى لتقليل الانفعالات الشديدة ، عن طريق عملية جراحية .

ونركز كلامنا هنا على القلق النفسى كاضطراب أولى ، ولكن يظهر القلق كعرض ثانوى فى معظم الأمراض النفسية والعقلية والجسمية ، ويكون علاجه أساساً علاج المرض المسبب له .

ومن أهم الأمراض التى يصاحبها أعراض القلق الآتى :

(١) اضطرابات عصابية :

مثل الاضطرابات الهستيرية بنوعيها التحولية والانشقاقية وكذلك الاكتئابية، والإعياء النفسى المزمن (النيورستينيا) ، وعصاب الحوادث ، والتوهم المرضى بأنواعه المختلفة .

(٢) اضطرابات ذهانية :

(أ) اضطراب الاكتئاب الجسيم ، وعادة مايبدأ المرض بأعراض قلق وتوتر ومخاوف وكثرة فى الحركة ؛ مما يجعل الطبيب يتجه فى تشخيصه إلى القلق، ولذا يجب أخذ ذلك فى الاعتبار عند ظهور أعراض القلق فجأة خاصة فى عمر متأخر .

(ب) اضطراب وجدانى ثنائى القطب (سابقاً ذهان الهوس الاكتئابى) سواء فى نوبات الابتهاج أو الاكتئاب ، يكون مصحوباً بأعراض قلق واضحة وأحياناً تطغى على معظم الأعراض الأخرى .

(جـ) الفصام : خصوصاً فصام المراهقة ، والفصام الشبيه بالعصاب ؛ فهذه الأنواع تبدأ بأعراض قلق وأعراض عصابية فى هيئة غامضة ؛ مما يجعل التشخيص صعباً إلى حد ما ، وكثير من هؤلاء المرضى يعالجون لمدة

طويلة على أنهم مصابون بقلق نفسى ، حتى تبدأ أعراض الفصام فى الظهور ، وهنا نتبين أن أعراض القلق السابقة كانت لمرض الفصام.

(٣) أمراض عضوية :

(أ) أورام الغدة فوق الكلوية (الفيوكروموسيتوما) ، ويكون المريض معرضاً لنوبات عارضة من قلق حاد شديد ، مع ارتفاع فى ضغط الدم ، وشحوب فى اللون ، وزيادة السكر فى الدم ونستطيع التفرقة بأبحاث خاصة .

(ب) زيادة إفراز الغدة الدرقية ، وهنا يظهر التوتر العصبى ، والقلق النفسى ، وسرعة التأثر ، والتهيج ، مع ارتجاف فى الأطراف ، وارتفاع فى ضغط الدم، والعرق الساخن فى الأطراف ، مع جحوظ فى العينين ، وأحياناً ورم بالغدة الدرقية، والأبحاث هنا لازمة للتفرقة بين هذا المرض والقلق النفسى.

(جـ) تصلب شرايين المخ ، ويظهر ذلك فى المسنين ، عندما يثورون لأتفه الأسباب ويغضبون من أقل المنبهات ، ويكونون عرضة للقلق وكثرة الحركة والتوتر ، وتضطرب الذاكرة خصوصاً للأحداث القريبة ، مما يجعل التشخيص واضحاً إلى حد ما .

(د) الشلل الاهتزازى ، ونقص السكر فى الدم ، والكثير من الحميات .. إلخ ، وتكون مصحوبة بأعراض قلق ظاهر ، كذلك مع ارتجاج المخ ، وسن توقف الطمث وفترة ماقبل الطمث ، وكثيراً مايصاحب اضطراب القلق والهلع فى حوالى ١٥-٢٠ ٪ من الحالات ظاهرة تدلى الصمام الميترالى بالقلب .

الأسباب والعوامل المساعدة :

لقد سبق تفسير ذلك بالتفصيل تحت أسباب الأمراض النفسية ، ولكننا لانريد أن نغفل الأبحاث الحديثة عن تأثير العامل الوراثى على ظهور أمراض القلق ، فلقد أثبتت دراسات التوائم تشابه الجهاز العصبى اللاإرادى واستجابته للمنبهات الخارجية والداخلية ، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن ١٥ ٪ من آباء وأخوة مرضى القلق ، يعانون من المرض نفسه ، وقد وجد سليتر وشليدز ١٩٦٢ ، ١٩٦٩ أن نسبة القلق فى التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠ ٪ ، وأن حوالى ٦٥ ٪ يعانون من بعض سمات القلق ، وقد اختلفت النسبة فى التوائم غير المتشابهة ، فوصلت إلى ٤ ٪ فقط ، أما سمات القلق فظهرت فى ١٣ ٪ من الحالات ، ولذا فالوراثة تلعب دوراً مهماً فى الاستعداد للمرض . وتزيد نسبة أعراض القلق فى النساء عنها فى الرجال .

والقلق من أكثر الأمراض شيوعاً فى العالم بأجمعه ، وقد وجد المؤلف أن حوالى ٢٠٪ من جميع المرضى المترددين على عيادة الطب النفسى بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق النفسى ، وهى أعلى نسبة بالنسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية ، وتبين فى مسح وبائى حديث فى الولايات المتحدة أن نسبة انتشار اضطرابات القلق كلها بين مجموع الشعب تصل إلى ٨-١٤٪ .

أما القلق النفسى العام فتصل نسبته بين مجموع الشعب إلى حوالى ١-٣٪ .

ولعامل السن أثره فى نشأة القلق ، فيزيد المرض مع عدم نضوج الجهاز العصبى فى الطفولة ، والشيخوخة ، فيظهر القلق فى الأطفال بأعراض تختلف عن الناضجين ، فيكون فى هيئة خوف من الظلام ، والغرباء والحيوانات والأطفال الكبار ، أو الخوف من أن يكون الطفل وحيداً بالمنزل ، أو يظهر فى هيئة أحلام مزعجة ، أو فزع ليلى ... إلخ .

أما فى المراهقة .. فإن القلق يأخذ مظهراً آخر من الشعور بعدم الاستقرار ، والحرج الاجتماعى ، خصوصاً عند مقابلة الجنس الآخر ، والإحساس الذاتى بشكله، وجسمه ، وحركاته ، وتصرفاته ومحاسبة نفسه والناس على كل شيء . مع الشكوى من علل بدنية مختلفة بالنسبة للعادة السرية والاستمناء الليلى ، ثم يبدأ فى القلق على حجم العضو التناسلى ، مع الخجل والحياء الشديدين وأحياناً يظهر فى المراهقة التلعثم فى الكلام ، وتقل أعراض القلق فى سن النضوج لتظهر ثانياً فى سن الشيخوخة ، حيث يزيد استعداد الفرد لظهور هذا المرض .

ومن هنا يتضح لنا أن الفرد يولد بالاستعداد الوراثى فى جهازه العصبى للقلق النفسى ، ويظهر المرض عند تعرضه لنوع من الإجهاد أو (المشقة) بكافة أنواعه والتى سبق الكلام عنها .

الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي :

(١) القلق الحاد :

(أ) **حالة الخوف أو الهلع** Panic State :

وهنا يظهر التوتر الشديد ، والقلق الحاد المصحوب بكثرة الحركة ، وعدم القدرة على الاستقرار مع سرعة التنفس ، والكلام السريع غير المترابط ، مع نوبات من الصراخ والبكاء تكون مصحوبة بجفاف الحلق ، واتساع حدقة العين ، وشحوب الجلد ،

والارتجاف الشديد للأطراف سواء الذراعين أو الساقين ، وقد تؤدى سرعة التنفس أحياناً إلى تقلصات عضلية أو إغماء ، ويصاب الفرد بالإعياء الشديد بعد هذا الهلع ، وقد أصبح الآن اضطراباً منفصلاً عن القلق ، سيأتى شرحه فيما بعد .

(ب) **حالة الرعب الحاد** Terror State :

وأهم مايميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والارتجاف مع ظهور عرق بارد غزير ، وهنا لايستطيع المريض إعطاء معلومات وافية عن حالته ، بل أحياناً لايعرف المكان والزمان ، وكثيراً مايعترض هذا السكون الحركى ، اندفاعاً مفاجئاً ، يجرى أثناءه دون هدى ، وفى المواقف العسكرية ، أحياناً مايجرى نحو العدو ، أما فى المواقف الأخرى ، فكثيراً مايهاجم بل أحياناً مايقتل من يقابله ، وينتشر هذا القلق الخبيث فى المجتمعات البدائية ، ويسمى فى الشرق الأقصى بالأموك Amok .

(جـ) **إعياء القلق الحاد** Anxiety Exhaustion Syndrome :

عندما يستمر القلق لمدة طويلة ، يصيب الفرد إجهاد جسيم ويصاب بأرق شديد لعدة أيام ، ويظهر هذا الإعياء أثناء الانسحاب العسكرى ، والبراكين والزلازل والحرائق ، والكوارث العامة ، ويبدو الوجه جامداً دون عاطفة ، شاحباً غير مذعل ، مع التبلد الذهنى ، والسير بطريقة أوتوماتيكية بطيئة دون معرفة اتجاهه ، أما إجابته عن الأسئلة فتأخذ نمطاً واحداً مختصراً . وأهم مميزات هذه الحالة هى الأرق الحاد ، الذى لايستجيب أحياناً للعقاقير المنومة ، ولذا نلجأ فى هذه الحالة إلى حقن وريدية ، ويتعرض المريض أثناء شفائه لنوبات من الهياج ، والفزع والكوابيس ، وقد شاهدنا ذلك فى الجنود المصريين أثناء الانسحاب من سيناء فى حرب ١٩٦٧ .

وعندما يستمر القلق الحاد لمدة طويلة دون شفاء ، أو عندما يكون الإجهاد بطيئاً بحيث لايسبب أى نوع من أنواع القلق الحاد ، فهنا يتعرض المريض لما يسمى بالقلق المزمن .

(٢) **القلق المزمن** :

(أ) أعراض جسمية .

(ب) أعراض نفسية .

(جـ) أمراض سيكوسوماتية (نفسجسمية) .

(أ) أعراض جسمية :

وهى أكثر أعراض القلق النفسى شيوعاً ، فنحن نعلم أن جميع الأجهزة الحشوية فى الجسم متصلة ، وتتغذى من الجهاز العصبى اللاإرادى ، والذى ينظمه الهيبوثلاموس المتصل بمراكز الانفعال ، ولذا فقد يؤدى الانفعال إلى تنبيه هذا الجهاز ، وظهور أعراض عضوية فى أحشاء الجسم المختلفة ، بل وأحياناً يكبت المريض الانفعال ولايظهر إلا الأعراض العضوية ، وهنا يتجه المريض نحو أطباء القلب ، والصدر ، والأمراض الباطنية حسب نوع الأعراض ، وأهم هذه الأعراض الآتى :

(١) الجهاز القلبى الدورى :

هنا يشعر المريض بآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر . مع سرعة دقات القلب ، بل والإحساس بالنبضات فى كل مكان ، ويبدأ فى عد سرعة النبض ، وإن حاول النوم يحس بالنبضات فى رأسه ومخه ؛ مما يجعله فى حالة ذعر من احتمال حدوث انفجار فى المخ .. والذى بالطبع لن يحدث ، كذلك يشعر المريض ببعض ضربات القلب الغير منتظمة ، وتكون الطامة الكبرى عندما يقيس ضغط الدم ويجده مرتفعاً بعض الشىء من جراء الانفعال ، وإن أخطأ الطبيب وأخبره أنه يعانى من الضغط المرتفع ، يبدأ المريض المسكين فى سلسلة من الأبحاث والأشعات ورسم القلب ، مما يزيد من قلقه وبالتالى من أعراض الآلام ، والنبضات ، والضغط ، وهكذا يدخل فى حلقة مفرغة تنتهى أخيراً بعلاجه النفسى.

والسبب فى كل هذه الأعراض هو الانفعال الظاهر أو المكبوت ، والذى ينبه الأعصاب اللاإرادية للقلب ، وبالطبع يتردد هؤلاء المرضى على أطباء القلب يومياً، ويحاول الطبيب تهدئتهم دون جدوى ، وأتذكر أحد مرضاى الذى جاء يعانى من هذه الأعراض ، ومعه مايقرب من مائتى رسم قلب فى خلال سنة ونصف !

(٢) الجهاز الهضمى :

وهو من أهم الأجهزة المعبرة عن القلق النفسى ، ويكون فى هيئة صعوبة فى البلع ، أو الشعور بغصة فى الحلق ، أو سوء الهضم ، الانتفاخ وأحياناً الغثيان والقئ ، أو الإسهال أو الإمساك ، بل ويتعرض المريض أحياناً إلى آلام مغص شديد يحتار الأطباء فى تشخيصه ، وكذلك نوبات من التجشؤ تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة .

وقد لاحظت هذه الظاهرة فى النساء فقط خصوصاً المتزوجات ، واللائى يختلفن فى شخصياتهن عن الأزواج وعن طريقة التعبير عن الانفعال ، وكثيراً مايكون القئ علامة رمزية للاحتجاج على موقف معين أو الشعور بالتقزز أو الاشمئزاز من شخص ما .

(٣) الجهاز التنفسى :

وهنا يشكو المريض من سرعة التنفس ، والنهجان والتنهيدات المتكررة ، مع الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء ، وأحياناً مايؤدى فرط التنفس إلى طرد ثانى أكسيد الكربون ، وتغيير درجة حموضة الدم ، وقلة الكالسيوم النشط فى الجسم ؛ مما يجعل الفرد عرضه للشعور بالتنميل فى الأطراف ، وتقلص العضلات ، ودوار وتشنجات عصبية ، وأحياناً الإغماء .

وتبدأ القصة بأن تذهب المريضة إلى مكان مزدحم أو مغلق ، أو تتعرض لانفعال شديد من فقدان عزيز ، أو وفاة ... إلخ ، فتبدأ فى الشعور بالتنميل ثم الدوخة، ثم تتشنج ويغمى عليها ، وماحدث هو أن القلق أدى إلى فرط التنفس اللاشعورى ؛ لأننا عادة لانحس بإيقاع التنفس إلا إذا اشتد وغير طبيعته ، وأحياناً ماتتهم هذه المريضة بالدلع والحساسية..إلخ .

(٤) الجهاز العصبى :

ويظهر القلق هنا فى شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبى للمريض ، مع اتساع حدقة العين ، وارتجاف الأطراف ، خصوصاً الأيدى مع الشعور بالدوار والدوخة والصداع .

(٥) الجهاز البولى والتناسلى :

يتعرض معظم الأفراد لكثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، عند الانفعال الشديد ، كما يحدث قبل الامتحانات ، وعند التعرض لمواقف حساسة.. إلخ .

وأحياناً مايظهر عكس ذلك من احتباس للبول ، ويلاحظ ذلك فى بعض الأفراد فى المراحيض العمومية حيث يصابون بهذا الاحتباس ، رغم الرغبة الشديدة فى التبول ، والسبب الرئيسى فى ذلك هو تنبيه الجهاز السمبثاوى أو الباراسمبثاوى من جراء القلق .

ومن أهم أعراض القلق النفسى فى الجهاز البولى التناسلى هو فقدان القدرة الجنسية عند الرجل (العنة) ، أو ضعف الانتصاب ، أو سرعة القذف ، وهى من الأعراض التى تسبب ألماً شديداً عند الرجل ، ولكى نفهم كيفية حدوث ذلك ، علينا أن نعرف بعض الشئ عن فسيولوجية الانتصاب ، فالانتصاب عملية نفسية عصبية ، فالإثارة الجنسية تسبب تنبيهاً فى الأعصاب الباراسمبثاوية ، وبالتالى انتفاخ الأوردة فى القضيب مما يسبب انتصابه ، أما عملية القذف والارتخاء فمن اختصاص الأعصاب السمبثاوية ، التى تقلل من كمية الدم فى القضيب .

وكما تبين لنا سابقاً ، فإن القلق يثير الجهاز السمبثاوى ، ومن ثم يسبب فقدان القدرة الجنسية ، بل وغالباً ماتبدأ الحالة بانتصاب عادى ثم عندما تبدأ المحاولة الجنسية يصاب الرجل بالضعف وأحياناً بالقذف المبكر ، فيبدأ فى الخوف على رجولته ، ويحاول ثانياً وهو فى حالة قلق ، بل وكأنه فى امتحان عسير ، وبالطبع يصاب بالفشل مرة ثانية ، ويبدأ فى سلسلة من الأبحاث ولامانع من ذهابه إلى طبيب أمراض تناسلية ، وأحياناً يأخذ بعض هرمونات الذكورة وهى بالطبع تزيد من رغبته، ولكنها لاتقلل القلق ، ومن ثم ، تزيد الرغبة ، والضعف ثابت ، ويمر فى دائرة مفرغة تنتهى به عند الطبيب النفسى .

وكثيراً ماتحدث العنة فى أوائل شهر العسل ، عندما يكون الرجل فى حالة من التوتر أو القلق نظراً لقلة أو انعدام خبرته أو لحبه الشديد لزوجته ، أو لوجوده فى مكان آهل بالأخوة والأخوات مع وجود الحماة ويطلق عليه شعبياً «مربوط» ، والبعض قد يذهب للعلاج النفسى ، وكثيراً مايصاب الرجل بالضعف الجنسى عند مواجهته لتأنيب الضمير ، أو الشعور بالذنب ، أو الخوف من الأمراض ... إلخ ، ولاشك أن السبب الرئيسى فى كل هذه الأحوال هو القلق النفسى .

وأستطيع أن أجزم بأن معظم حالات الضعف الجنسى وسرعة القذف قبل سن الستين هى حالات من القلق النفسى والاكتئاب ، لأن الأسباب العضوية قليلة ، ومن السهولة تشخيصها بعمل الأبحاث اللازمة ، والكشف الدقيق على الجهاز العصبى .

أما فى المرأة فالبرود الجنسى ، وعدم الاستجابة عادة مايكون سببهما فى معظم الأحوال القلق النفسى ، بل أحياناً مايسبب اضطرابات فى الطمث ، من انقطاع تام ، إلى كثرة ترددها إلى آلام شديدة قبلها ... إلخ ، وعادة لايفيد علاج الهرمونات فى مثل هذه الأحوال .

(٦) الجهاز العضلى :

يتردد معظم المرضى على الأطباء للشكوى من آلام مختلفة فى الجسم . ومن أكثر أنواع الألم شيوعاً : الآلام العضلية وهنا يعانى المريض من آلام فى الساقين أو الذراعين ، والظهر وفوق الصدر وخاصة الصداع وهو تقلص فى عضلة فروة الرأس ، وكثيراً ماتشخص هذه الآلام بروماتيزم ، ويبدأ المريض فى تناول عقاقير الروماتيزم دون فائدة واضحة ، والكثير من الآلام نفسية بحتة ، بسبب القلق النفسى ، حيث لايستطيع الفرد أحياناً التعبير عنه وعن الصراعات المختلفة إلا من خلال هذه الآلام ، بل قد لاحظت بعض المرضى وقد أجرى لهم عمليات جراحية لاستئصال الزائدة الدودية والمرارة ، واللوزتين .. إلخ ؛ للتخلص من هذه الآلام التى لم تختف ، إلا بعد فهم الصراعات المختلفة فى حياة الفرد وعلاجها نفسياً وطبياً .

(٧) الجـــلد :

يكون القلق النفسى عاملاً أساسياً فى أسباب ونشأة كثير من الأمراض الجلدية ، ويقال إن الجلد يبكى!! مثل حب الشباب ، والأكزيما ، والارتكاريا ، والصدفية ، والبهاق وسقوط الشعر .. وغيرها ؛ مما جعل أطباء الجلد يهتمون بعلاج الناحية النفسية لمرضاهم ، أو إحالتهم إلى الطبيب النفسى عند فشلهم فى معرفة سبب الصراع.

(٨) جهاز الغدد الصماء :

يسبب القلق كثيراً من أمراض الغدد الصماء ، وسنذكر ذلك فى الجزء الخاص بالأمراض السيكوسوماتية ، ومن أهمها : زيادة إفراز الغدة الدرقية ، والبول السكرى ، مع زيادة هرمون الأدرينالين من الغدة فوق الكلوية ... إلخ .

(ب) أعراض نفسية :

(١) الخوف :

يبدأ المريض بعد حياة سوية فى الخوف من أشياء ، كانت فيما سبق لاتسبب له أى استجابة مرضية ، فأحياناً يخاف من الأماكن المغلقة Claustrophobia أو الأماكن المتسعة Agoraphobia أو الأمراض Nosophobia .



Claustrophobia
الخوف من الأماكن المغلقة

والخوف من الأمراض من أكثر المخاوف شيوعاً ، فهناك الخوف من أمراض القلب ، والدرن ، والسرطان والزهرى ، والخوف من مرض الإيدز ، أو الخوف من الموت ، أو الجنون ، وأخيراً مرض الزهايمر.

وأحياناً يأخذ الخوف مظاهر غريبة ، كخوف المرء من ابتلاع لسانه ، أو توقف الطعام فى حلقه ، أو انفجار شرايين مخه ، ويتردد المريض على الأطباء ، ويحاولون تهدئته وطمأنته من أنه لايعانى من أى مرض عضوى ، ويستريح بعض الشئ ، ولكنه سرعان ماتعود له المخاوف، ويبدأ فى زيارة أطباء آخرين ، ويزداد القلق.

ومن ثم تزداد الأعراض الجسمية السابق ذكرها فى الأجهزة المختلفة؛ مما يعزز خوف المريض من احتمال وجود مرض عضوى ، وعادة مايتألم هؤلاء المرضى كثيراً ؛ نظراً لأن الأطباء والأقرباء يهزأون من أعراضهم ، خصوصاً أن الأطباء غالباً مايقولون لهم إنهم لايعانون من أى شيء ، وبالطبع ففى هذه الجملة خطأ جسيم لأنهم يعانون ، ولكن من مرض نفسى .

(٢) التوتر أو التهيج العصبى :

وهنا يصبح المريض حساساً لأى ضوضاء ، بل يقفز من مكانه عند سماعه لرنين التليفون أو الجرس ، ويفقد أعصابه بسهولة ولأتفه الأسباب ، وتبدأ الأم فى ضرب وعقاب أولادها على أقل سبب ثم تندم وتبكى بعدها ، ويثور الزوج على

زوجته من إجابة عادية ، ويتهمها بأنها تتعدى على كرامته ، وتصبح هذه الإثارة العصبية مصدراً للنزاعات العائلية بل وأحياناً ماتحطم الحياة الزوجية .

ويلاحظ هذا التوتر بين الطلبة قبل الامتحانات ؛ فيبدأ الطالب فى الشكوى من ضجيج المواصلات ، وصراخ أخوته ، وشجار والديه ، ويطلب الانتقال من المنزل ، ويثور لأتفه الأسباب ، ويعطيه الوالدان عذره بأن أعصابه «تعبانة» لقرب الامتحانات.

(٣) عدم القدرة على التركيز :

وسرعة النسيان ، والسرحان ، مع الشعور بالاختناق ، والصداع والإحساس بطوق يضغط على الرأس ، ويكون ذلك مصحوباً أحياناً باختلال الأنية أى يشعر الفرد أنه قد تغير عن سابق عهده ، وأن العالم قد تغير من حوله ، ويبدأ فى القلق على أتفه الأمور ويضخمها فى رأسه .

(٤) فقدان الشهية للطعام :

مع فقدان الوزن ، والأرق الذى يتميز بالصعوبة فى بداية النوم ؛ أى يرقد الفرد على سريره ، ويتقلب الساعة بعد الأخرى دون أن تغفل عينيه ، وإن نام تصحب نومه أحلام وكوابيس مزعجة ؛ مما يجعل حياته سلسلة من العذاب .

(٥) شرب الخمر أو تناول العقاقير المنومة أو المهدئة :

كمحاولة من المريض للتخفيف من أعراض القلق النفسى ، مما يؤدى أحياناً إلى حالات الإدمان ؛ ولذا وجب البحث عن القلق المختفى ، وراء الاعتماد على المواد فى حالة أى مريض ، يعانى من إدمان الخمر أو عقار خاص .

(جـ) الأمراض السيكوسوماتية (النفسجسمية) :

نعنى بذلك الأمراض العضوية التى يسببها أو يلعب فى نشأتها القلق النفسى دوراً مهماً ، أو الأمراض العضوية التى تزيد أعراضها عند التعرض لانفعالات القلق النفسى ، وبالطبع سيكون علاج القلق النفسى هنا علاجاً أساسياً لصحة المريض العامة.

ومن أهم هذه الأمراض : ارتفاع ضغط الدم ، الذبحة الصدرية ، جلطة الشرايين التاجية بالقلب ، الربو الشعبى ، روماتيزم المفاصل ، البول السكرى، زيادة إفراز الغدة الدرقية ، قرحة المعدة (السبب الحالى هو الاصابة بنوع خاص من البكتريا) والاثنى عشر ، التهاب القولون القرحى ، القولون العصبى ، الصداع

النصفى، السمنة ، فقدان الشهية العصبى ، وكذلك الأمراض الجلدية السابق ذكرها .

أما إذا استمر الصراع النفسى لمدة طويلة ، وأصبح القلق غير محتمل .. فعادة ماتتحول أعراض القلق النفسى إلى إحدى ثلاث ظواهر :

(١) **المخاوف** :

وقد سبق الكلام عنها بالتفصيل .

(٢) **عصاب الأعضاء** Organ Neurosis :

وهنا تقتصر أعراض القلق على أعراض أحد الأعضاء الجسمية ، مثل : عصاب الجهاز الهضمى ، أو عصاب القلق ، أو عصاب الجهاز البولى التناسلى ، وهنا تكون أعراض القلق فى هذا الجهاز غير مصحوبة بالأعراض النفسية للقلق ؛ مما يجعل المريض لايفكر إطلاقاً فى ارتباط أعراضه الجسمية بحالة نفسية .

(٣) **قلق الهستريا** :

لايستطيع الكثير من المرضى تحمل الآلام النفسية للقلق ، ولذا فهم يحولون هذا القلق إلى أعراض هستيرية ، مع فقدان وظيفة بعض الأعضاء ، ويكون هذا التحول عادة مصحوباً بنوع من اللامبالاة La belle indifference ؛ حيث يعدد المريض شكواه ، ويصف آلامه ، دون أن تبدو على تعبيرات وجهه آثار الآلام .

مآل القلق النفسى

يختلف سير مرض القلق تبعاً للفرد ، فمن نوبة واحدة لمدة قصيرة تختفى دون عودة خاصة فى الشخصية السوية ، إلى مرض مزمن لايستجيب لكل أنواع العلاج فى الشخصية العصابية ، وبين هذين النوعين يوجد كثير من المرضى الذين يتعرضون لنوبات من القلق النفسى بين آونة وأخرى تتخللها فترة من الصحة النفسية السليمة .

ونستطيع تلخيص مصير القلق النفسى كما جاء فى الأبحاث العالمية كالتالى :

مــآل القلق النفـــسى

الباحــث	العـــــلاج	مـــدة المتابعـــة	عـــــدد		المصـــــــير		
			المرضى	شفاء	تحسن واضح	تحسن بسيط	لاتغير أو أسوأ
ويلــز ١٩٥٠	المهدئات مع الإيحاء	٢٠ سنة	٦٠	٪١٢	٪٤٥	٪٥٢	---
مـــايلز ١٩٥١	علاج نفسى	٢-١٢ سنة	٦٢	٪٨	٪٥٠	٪٢١	٪٢١
اتنجــر ١٩٥٥	عقاقير – كهرباء	١٠ سنوات	٢٩	٪٤١	---	٪٣٥	٪٢٤
ارنست ١٩٥٩	تحليل نفسى	١-٦ سنوات	٨١	٪٥٩	---	٪٢٢	٪٩
بليـــر ١٩٥٧	علاج نفسى	٢٤ سنة	٣١	٪١٢	٪٢٢	٪٢٥	٪١٩
جــرير ١٩٦٦	علاج نفسى – عقاقير – إيحاء	٥ سنوات	٢٧	٪٢٧	٪٣٠	٪١٩	٪٢٤
عكاشة ١٩٩٠	عقاقير – علاج نفسى مساند– متابعة	١٠ سنوات	٤٨	٪٢٨	٪٣٥	٪١٩	٪٨

ومن هنا يتضح لنا اختلاف النتائج حسب الباحثين والمستوى الحضارى للمكان الذى تتم فيه الدراسة ، ومن خبرتى الأكلينيكية ، ومن خلال المتابعة لمدة ١٠ سنوات لـ٤٨ مريضاً بالقلق ، أستطيع أن أعطى هيكلاً عاماً لمصير القلق النفسى فى مصر ، يتمثل فى أن حوالى ثلثى الحالات يشفون أو يتحسنون تحسناً ملحوظاً ، مع التعرض أحياناً لذبذبات خفيفة من المرض خلال ثلاث سنوات ، ومن أكثر الحالات صعوبة فى العلاج وأكثرها تعرضاً لأن تكون مزمنة، حالات الخوف من الأماكن المتسعة ، ولذا يجب الاستمرار فى العلاج لمدة طويلة .

هناك كثير من العوامل التى تؤثر فى سير المرض ، وفيما يلى العوامل المهمة التى تؤدى إلى تحسن فى مآل المرض :

(١) تاريخ عائلى سوى ، مع خلو العائلة من الأعراض العصابية .

(٢) شخصية متكاملة ثابتة سوية قبل المرض .

(٣) عدم تعرض المريض لاضطرابات نفسية سابقة قبل مرضه الحالى .

(٤) حدة بدء المرض ؛ أى إن الأعراض بدأت فجأة .

(٥) ذكاء فوق المتوسط .

أما العوامل التى تسيئ لمآل المرض ، فهى :

(١) تاريخ عائلى واضح للعصاب ، مع شخصية عصابية معرضة لنوبات متكررة من الاضطرابات النفسية .

(٢) زحف المرض ببطء على المريض .

(٣) طول مدة المرض ، فكلما طالت مدة الأعراض ، قل الأمل فى الشفاء.

(٤) بعض الأعراض الإكلينيكية ، مثل : توهم العلل البدنية ، اختلال الآنية ، النفع الذاتى ، الإدمان ، الأعراض القهرية المتعددة ، أعراض الهستريا الانشقاقية ، وحالات المخاوف المرضية الشديدة .

العـــــلاج :

يختلف العلاج حسب الفرد ، وشدة القلق ، ووسائل العلاج المتاحة للفرد ، وسنتكلم بالتفصيل عن العلاجات المختلفة للأمراض النفسية فى فصل خاص بذلك ، ولكننا سنشير هنا للأسس المهمة لعلاج القلق النفسى .

(١) العلاج النفسى :

نتبع فى معظم الحالات العلاج النفسى المباشر والمقصود به التفسير ، والتشجيع، والإيحاء ، والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض ، أما التحليل النفسى فيحتاج لكثير من الوقت والجهد والمال ، ولذا يستحسن عدم إتباعه إلا فى الحالات الشديدة المزمنة ، التى يتطلب علاجها الوقت والمال .

وأكثر أنواع العلاج النفسى شيوعاً فى الوقت المعاصر فى اضطراب القلق هو العلاج النفسى المعرفى ، وهو محاولة تغيير النظم المعرفية فى التفكير ، من خلال هذا العلاج المتخصص .

(٢) العلاج البيئى والاجتماعى :

كثيراً مانلجأ إلى إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسى أو الصدمة الانفعالية، بل ننصح بتغيير الوضع الاجتماعى ، سواء العائلى أو فى العمل ، عندما تحتم الضرورة ذلك .

(٣) العلاج الكيميائى :

لايفيد العلاج النفسى منفرداً فى الحالات الحادة السابق ذكرها مع الخوف

والرعب والإعياء ، بل يجب إعطاء المريض أنواعاً مختلفة من المنومات والمهدئات فى بدء الأمر ، ثم بعد الراحة الجسمية نستطيع البدء فى العلاج النفسى.

أما فى حالات القلق الشديدة فلامانع من إعطاء بعض العقاقير ، التى تقلل من التوتر العصبى، مثل : مجموعة البنزوديازبين (الفاليوم – الليبريم – أتيفان – زاناكس – ترانكسين) ، والتى تعمل على مستقبلات الجابا ؛ مما يعطى إحساساً بالهدوء والاسترخاء والراحة .

ويفضل عدم الاستمرار على هذه العقاقير أكثر من ستة أسابيع وقاية ضد الاعتماد إلا فى حالات خاصة ، وكذلك يعطى فى حالات القلق مضادات الاكتئاب خاصة مثبطات أكسدة أحادى الأمينات (بارنيت – نارديل – دبرينيل – ماكلوباميد) أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (توفرانيل – تربيتيزول – بروثيادن – أنفرانيل) ، والتى تعمل على زيادة نسبة الموصلات العصبية فى المشتبكات العصبية ، وأخيراً مثبطات استرجاع السيروتونين (بروزاك – فافارين – لسترال) ، والتى تزيد من أيض السيروتونين وكذلك مثبطات استرجاع السيروتونين والنواذرينالين مثل أفكسور أو سمبالتا، وتفصيل ذلك فى الفصل الخاص بعلاج الاضطرابات العصابية .

وعند وجود أعراض زيادة نشاط فى الجهاز العصبى اللاإرادى ، مثل : رجفة اليدين ، العرق ، زيادة ضربات القلب يتحسن المريض بتناول العقاقير المهبطة لنشاط مستقبلات النورادرينالين مثل الاندرال ، والذى ينظم ضربات القلب .

(٤) العلاج السلوكى :

خاصة فى حالات الخوف المرضى ؛ حيث يدرب المريض على الاسترخاء، أما بتمرينات الاسترخاء العضلية والتنفسية أو تحت تأثير عقاقير خاصة بالاسترخاء ، ثم يعطى منبهات أقل من أن تصدر قلقاً ، أو تسبب ألماً ونزيد المنبه تدريجياً حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخوف ، وهو فى حالة استرخاء ، ودون ظهور علامات القلق ، وهنا ينطفئ الترابط الشرطى المرضى ، ويتكون لديه ترابط شرطى سوى .

ونستطيع تطبيق هذا العلاج فى حالات الخوف من الأماكن المتسعة أو الضيقة، أو الحيوانات ... إلخ .

(٥) العلاج الكهربائى :

لاتفيد الصدمات الكهربائية فى علاج القلق النفسى ، إلا إذا كانت تصاحبه

أعراض اكتئابية شديدة ، وهنا سيختفى الاكتئاب . ولكن علاج القلق يحتاج لمعرفة الصراعات النفسية المختلفة مع العلاجات السابق ذكرها ، أما المنبه الكهربائى ، فأحياناً مايفيد فى بعض حالات القلق النفسى ، المصحوبة بأعراض جسمية ، والتى تحتاج للعلاج الإيحائى .

(٦) العلاج الجراحى :

يوجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسى المصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب ، والتى لاتتحسن بالعلاج النفسى ، الكيميائى ، أو الكهربائى أو السلوكى، والتى تشل حياة المريض اجتماعياً ؛ خاصة فى الشخصيات السوية قبل المرض وهنا نلجأ إلى العمليات الجراحية فى المخ لتقليل شدة القلق والتوتر ، وحتى يستطيع المريض العودة للحياة الاجتماعية العادية .

وفى هذه العملية تقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهى فى المخ والتلاموس ، أو تقطع الألياف الخاصة بالانفعال الموجودة فى المخ الحشوى ، وبقطع هذه الألياف ، تتوقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال ، ويصبح الفرد غير قابل للانفعالات الشديدة المؤلمة ، وأحياناً ماتجرى هذه العملية بكى هذه المراكز كيميائياً أو كهربائياً .

وقد دلت الأبحاث على أن مرضى القلق ذوى الدم العادى فى الساعد عند الراحة ، والعالى عند التعرض للشدة يتحسنون بالعلاج الكيمائى ، أما هؤلاء ذوى مجرى الدم العالى فى الساعد عند الراحة ، فيستفيدون بالجراحة حيث إن نتائج العلاج الكيمائى معهم متواضعة ولكن بعد الاكتشافات الدوائية الحديثة فنادراً مانلجأ للجراحة .

(٧) الإعادة الحيوية Biofeedback Therapy :

وهى محاولة مواجهة المريض بالعمليات الفسيولوجية والحشوية عن طريق أجهزة إلكترونية خاصة ، تجعله يسمع تقلصات العضلات ، أو نبضات القلب ، أو مقياس ضغط الدم ، أو أي شذوذ كهربائى فى رسم المخ ، بل ويرى المؤشر أمامه منبئاً بحالته المرضية ، ومن خلال الإبصار والسمع ، يستطيع شعورياً التحكم الذاتى للوصول لحالة الاسترخاء المطلوبة للشفاء .

(٢) اضطراب القلق والاكتئاب المختلط

2, Mixed Anxiety and Depressive Disorder

يستخدم هذا التشخيص عندما تتواجد كل من أعراض القلق والاكتئاب ، دون غلبة أحدهما على الآخر ، ودون أن تبرز أى من نوعى هذه الأعراض لدرجة تبرر استخدام تشخيص مستقل ، أما إذا تواجدت كل من أعراض الاكتئاب والقلق، وكان كلاهما شديداً بدرجة كافية تبرر تشخيصاً مستقلاً ، عندئذ يسجل كل من الاضطرابين.

ولايجوز استخدام هذا التشخيص ، إذا كانت هناك أسباب عملية تستدعى تسجيل تشخيص واحد ، عندئذ تعطى الأولوية للاكتئاب .

ويجب أن توجد بعض أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل (كالرعشة ، أو الخفقان ، أو جفاف الفم أو اضطراب المعدة .. إلخ) حتى وإن كانت فى شكل متقطع ، ولاتستخدم هذه الفئة إذا وجد القلق أو الإنزعاج فقط دون أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل ، ولو بشكل متقطع . وإذا ظهرت الأعراض المستوفية لمعايير هذا الاضطراب مرتبطة عن قرب بتغير حياتى ، ذى دلالة أو أحداث حياتية مجهدة ، فهنا يستعمل تشخيص اضطرابات التوافق.

وكثيراً مانرى هؤلاء المرضى ، الذين يعانون من خليط من الأعراض الخفيفة نسبياً فى مراكز الرعاية الطبية الأولية ، ولكن الغالبية يعيشون وسط السكان ، وقد لايسترعون أى اهتمام طبى أو نفسى أبداً .

وهذا الاضطراب هو أكثر الأمراض النفسية شيوعاً بين المترددين على الممارس العام .

ويعالج المريض فى هذه الحالة حسب الأعراض الشائعة ، فإن كان القلق غالباً فنتبع العلاج النفسى ومضادات القلق ، أما إذا كانت أعراض الاكتئاب هى الأكثر شيوعاً ، فالاتجاه يكون ناحية مضادات الاكتئاب ، أما إذا تساوى القلق والاكتئاب ، فيعالج الفرد وكأنه اكتئاب .

(٣) اضطراب الهلع (القلق النوابي)

3. Panic Disorder (Episodic Paroxysmal Anxiety)

ينتشر هذا الاضطراب بنسبة تتراوح من ٢-٥٪ من إجمالي عدد السكان، والسمة الأساسية هي نوبات متكررة من القلق الشديدة (الهلع) ، لاتقتصر على موقف محدد أو مجموعة من المواقف ، وبالتالى لايمكن التنبؤ بها . وتتباين الأعراض البارزة من شخص إلى آخر ، كما هو الحال بالنسبة لاضطرابات القلق الأخرى . ولكن تشيع البداية المفاجئة للخفقان وألم الصدر وأحاسيس الاختناق والدوار وأحاسيس باللاواقعية (تبدد الشخصية والواقعية) .

وكما يترتب على ذلك دائماً وبشكل ثابت وجود خوف ثانوى من الموت أو فقدان التحكم فى النفس أو الجنون ، وتستمر كل نوبة على حدة لمدة دقائق فقط ، وإن كانت تطول عن ذلك أحياناً ، وكذلك يتباين معدل ومسار هذه النوبات وهى أكثر شيوعاً بين النساء ، ويعيش المرضى أثناء نوبة الهلع حالة متصاعدة الشدة من الخوف، ومن أعراض نشاط زائد بالجهاز العصبى اللاإرادى تؤدى بهم إلى الخروج العام من المكان .

وإذا حدثت هذه النوبة فى موقف معين ، كالتواجد فى أتوبيس أو وسط زحام ، فقد يسعى المريض إلى تجنب هذا الموقف فيما بعد . كذلك ، فإن نوبات الهلع المتكررة وغير القابلة للتنبؤ بها قد تتسبب فى خوف المريض من البقاء وحده أو الخروج إلى أماكن عامة ، وكثيراً مايلى نوبة الهلع خوف مستمر من الإصابة بنوبة أخرى .

مؤشرات تشخيصية :

عندما تحدث نوبة هلع فى موقف رهابى .. فإن ذلك يعتبر تعبيراً عن شدة الرهاب ، والذى يعطى عندئذ الأولوية فى تشخيص اضطراب الرهاب ، أما تشخيص اضطراب الهلع أساساً ، فيتم فقط بعد استبعاد أى من أنواع الرهاب المذكورة .

ولكى يكون التشخيص أكيداً ، يجب أن تحدث عدة نوبات شديدة (٣-٤ نوبات) من قلق الجهاز العصبى المستقل فى خلال شهر :

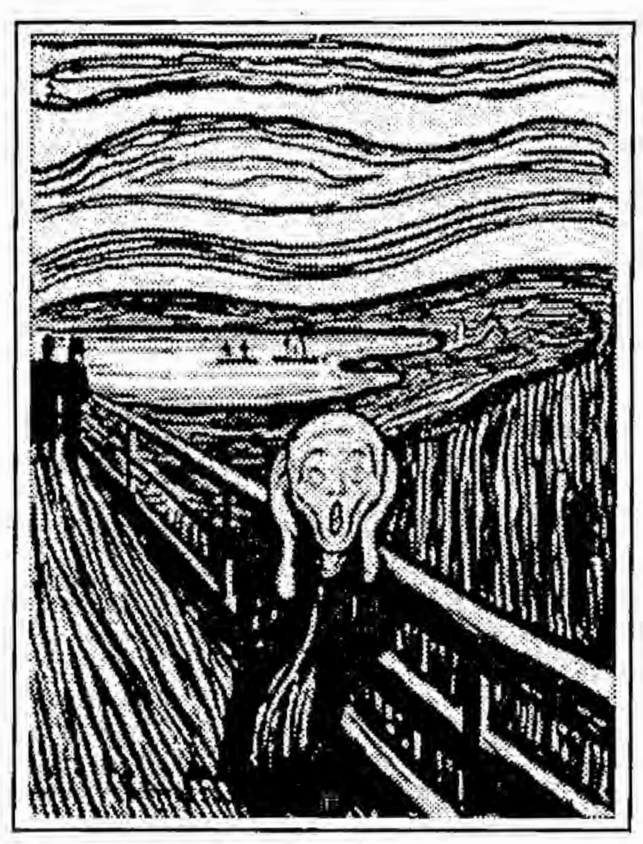
(١) فى ظروف تخلو من خطر موضوعى .

(٢) لايجوز أن تقتصر النوبات على مواقف معروفة أو قابل للتنبؤ بها .

(٣) يجب أن توجد فترات خالية نسبياً من القلق بين النوبات (وإن كان القلق التوقعى شائعاً) .

عند التشخيص الفارق :

يحتاج اضطراب الهلع إلى التمييز بينه وبين نوبات الخوف الحاد التى تحدث كجزء من اضطرابات الرهاب ، وقد تكون نوبات الهلع ثانوية لاضطرابات اكتئابية ؛خاصة بين الرجال. وإذا استوفيت فى الوقت نفسه المعايير التشخيصية للإضطراب الإكتئابى .. فإنه لايصح أن يشخص اضطراب الهلع باعتباره التشخيص الرئيسى .



Anxiety - Panic

خوف وهلع

ينتشر اضطراب الهلع كما ذكر سابقاً بنسبة من ٢–٥٪ من إجمالى عدد السكان؛ مما يجعل انتشاره أكثر من التوقعات السابقة ، وتشير الإحصائيات إلى أن من ٣٠–٥٠٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب ، والذين لايوجد فيهم أى دلالات كافية على وجود مرض فى الشرايين التاجية يعانون من اضطراب الهلع ، وعادة مايبدأ الاضطراب فى أوائل العشرينات من العمر .

وتوجد علاقة واضحة بين الهلع واضطرابات نفسية أخرى أهمها الاكتئاب، وسوء استعمال المواد مثل الكحول والمهدئات ، ومحاولات الانتحار (حوالى ٢٠ ٪)، وكذلك يصاحب اضطراب الهلع فى حوالى من ١٥-٢٠ ٪ حالات تدلى الصمام الميترالى ، وهو اضطراب خلقى لايسبب خطورة ، ولكن عادة مايعتقد مريض الهلع أن السبب هو القلب ، ويبدأ مريض الهلع بنوبة حادة من نشاط الجهاز العصبى المستقل (ضربات القلب – العرق – الدوخة) ، مع إحساس باختلال فى الذات وخوف من الموت أو الجنون ، ومركز هذه النوبة هو جذع المخ .

والذى يعتبر المخزن الرئيسى للموصل العصبى السيروتونين ، ثم يبدأ المريض فى القلق والخوف من احتمال حدوث النوبة ، ويزيد معدل القلق ، ومركز هذا القلق والخوف من احتمال حدوث النوبة – هو الفص الحدى (السطح الأنسى للفص الصدغى) ، وهذا الفص يحمل فى خلاياه أكبر تركيز للموصلات العصبية للسيروتونين والنورأدرينالين والدوبامين .

وأخيراً يصاب المريض بالخوف أو الرهاب ، ويتجنب الخروج بمفرده ويصاب برهاب الأماكن المتسعة ، والفص الجبهى هو المسئول عن ذلك ، ويتجه العلاج تبعاً للوصف السابق لإعطاء مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أو رافعة السيروتونين .

ويقال إن العقاقير المؤثرة على زيادة السيروتونين فى المشتبكات العصبية أكثر فاعلية فى اضطرابات الهلع ، مثل البروزاك (فلكسوتين) أو فافارين (فلوفوكسامين) ، وكذلك مجموعة البنزوديازيين (زاناكس – فاليوم – أتيفان) .

أما بالنسبة للرهاب والخوف ، فالعلاج الأساسى يتجه للعلاج السلوكى فى هيئة التعرض ثم الامتناع ، أو العلاج النفسى المعرفى فى سبب الإصابة ؛ حيث إنها كثيراً ماتنتج عن حدث حياتى أو بيئى أو صدمة فقدان عزيز ... إلخ .

(٤) القلق الرهابي

4. Phobic Anxiety Disorders

هى مجموعة من الاضطرابات يستثار فيها القلق فقط ، أو أساساً ، بواسطة مواقف أو أشياء معينة ومحددة جيداً (خارجة عن نطاق الشخص) ، والتى لاتحمل خطراً فى حد ذاتها ، ويترتب على ذلك تجنب هذه المواقف والأشياء أو احتمالها

بصعوبة ، ويمكن تمييز قلق الرهاب ذاتياً وفسيولوجياً وسلوكياً عن أنواع القلق الأخرى، وقد يتباين فى شدته بين عدم راحة خفيف وهلع .

وقد يتركز انشغال الشخص على أعراض فردية مثل الخفقان أو الشعور بالإغماء ، وكثيراً ماتصاحبه مخاوف ثانوية من الموت أو فقدان التحكم أو الجنون، ولايخفف من القلق أن يعرف المريض أن البشر الآخرين لايرون خطراً أو تهديداً فى هذا الموقف، بل إن مجرد التداعى بشأن الدخول فى الموقف الرهابى (مصدر الرهاب) يولد فى العادة قلقاً توقعياً .

وإذا اتفقنا على أن الشىء أو الموقف الرهابى (مصدر الرهاب) يجب أن يكون خارجاً عن نطاق المريض ، فإن هذا يعنى أن تصنف المخاوف المرتبطة بوجود مرض (رهاب المرض) ، أو تشوه (رهاب تشوه الشكل) تحت (اضطراب توهم المرض) .

إذا كان الخوف من المرض ينشأ فى الأغلب ، وبشكل متكرر من التعرض المحتمل للعدوى أو التلوث ، أو هو ببساطة خوف من الإجراءات الطبية (حقن ، عمليات ، إلخ) أو الأماكن الطبية (عيادات جراحات الأسنان ، المستشفيات ... إلخ) ؛ فالتشخيص يكون رهاباً محدداً .

وعادة مايتواكب القلق الرهابى مع الاكتئاب ، فالقلق الرهابى الموجود قبلاً يزداد سوءاً دائماً أثناء نوبة اكتئابية عابرة ، كذلك.. فإن بعض النوبات الاكتئابية يصاحبها قلق رهابى مؤقت، كما أن المزاج الاكتئابى كثيراً مايصاحب بعض الرهاب؛ خاصة رهاب الخلاء ، ويتحدد استخدامنا لتشخيص ، قلق رهابى ونوبة اكتئابية ، أو لتشخيص واحد طبقاً لمسار الحالتين وللاحتياجات العلاجية وقت الاستشارة الطبية .

وأغلب اضطرابات الرهاب ، باستثناء الرهاب الاجتماعى ، أكثر شيوعاً بين النساء . وفى هذا التقسيم إذا حدثت نوبة هلع أثناء موقف رهابى متوطد ، فذلك يكون – فى هذه الحالة – تعبيراً عن شدة الرهاب ، ويفضل استخدام تشخيص الرهاب ، أما اضطراب الهلع فى حد ذاته ، فلايشخص إلا فى غياب أى من أنواع الرهاب المذكورة .

(٥) اضطراب الرهاب (الخوف)
5. Phobic Disorder

يعتبر اضطراب الخوف بأنواعه المختلفة من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً؛ حيث يصيب حوالى ٨٪ من إجمالى عدد السكان .

إن استجابة الخوف هى حيلة دفاعية لاشعورية ، يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع أو موقف معين فى حياته اليومية ، وتحويله لفكرة أو موضوع أو موقف رمزى ، ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلى ، ومن هنا ينشأ الخوف الذى يعلم المريض عدم جداوه ، وأنه لايوجد أى خطر عليه من تعرضه لهذا المنبه .

وعلى الرغم من معرفته التامة لذلك .. إلا أنه لايستطيع التحكم أو السيطرة على هذا الخوف ، والذى يمثل كما سبق أن ذكرنا الخوف من شىء آخر داخله يعبر عنه بهذا الخوف الخارجى ، ومن ثم لايواجه الصراع الداخلى بنفسه ، بل يحوله إلى مواقف خارجية رمزية .

وقد سبق الحديث عن عدة أنواع من استجابات الخوف من القذارة ، من الميكروبات ، من بعض الحيوانات من السفر بالطائرة ، أو المركب أو القطار أو السيارة، من الأمراض ، من المكوث داخل المنزل أو السفر لمسافات طويلة ، أو الأماكن المتسعة أو الضيقة أو المرتفعة ، أو الامتحانات . وعندما يتعرض المريض لهذه المنبهات ، فعادة مايعانى من أعراض حادة مؤلمة ، مثل : الإجهاد ، الإغماء ، العرق الغزير ، الغثيان ، القئ ، سرعة ضربات القلب ، ارتجاف الأطراف ، الشعور بغصة فى الحلق ، وصعوبة فى البلع ، وإحساس بفراغ وسحبة فى المعدة .



(الخوف والوسواس من الغيبيات

(ڤون – سيينفوخين)

ويظهر الخوف مصاحباً لعدة أمراض مختلفة ؛ ولذا يجب عدم التسرع فى تشخيص حالات الخوف ؛ لأنها أحياناً ماتخفى وراءها أمراضاً أخرى ، فكما سبق آنفاً نقول إن استجابة الخوف هى أحد الأعراض المهمة لمرضى القلق النفسى ، وعادة ماتسمى «القلق الرهابى» Phobic Anxiety ، وأحياناً ماتكون استجابة الخوف أحد أعراض الهستريا الانشقاقية خصوصاً فى الشخصيات الهستيرية ، وهنا يساعد الخوف المريض فى الهروب من مواقف معينة ، أو مواجهة إحدى الشدائد أو لجذب الاهتمام لذاته ، أما إذا بدأ الخوف فجأة بعد سن الأربعين فيجب الشك فى حالة اضطراب وجدانى ، مثل : ذهان المرح الاكتئابى أو اكتئاب سن توقف الطمث (السواد الارتدادى) . والذى كثيراً مايظهر أولاً فى هيئة استجابة الخوف ، وكذلك لانستطيع أن نغفل احتمال وجود مرض عضوى فى الجهاز العصبى ، مثل: تصلب شرايين المخ، أو بعد حمى مخية ، أو بعد اضطرابات الفص الصدغى فى المخ ، والذى أحياناً مايفجر الخوف فى هيئة نوبات متكررة شبيهة بالنوبات الصرعية .

كذلك يبدأ بعض مرضى الفصام ؛ خصوصاً النوع المعروف بفصام المراهقة باستجابات خوف غامضة وغريبة ، ومعها بعض الشك والأعراض الخيالية ؛ مما يحتم وضع ذلك فى الاعتبار .

وأخيراً يظهر الخوف كأحد الأعراض القهرية فى مرض الوسواس القهرى ، كما سيتضح فى مناقشته .

يعتمد علاج استجابة الخوف على السبب الأولى للمرض الناشئ عنه الخوف ، سواء كان مرضاً نفسياً أم عقلياً أم عضوياً .

ولذا نستطيع تعريف استجابة الخوف كالآتى :

(١) أنها غير متناسبة مع الموقف .

(٢) لايمكن تفسيرها منطقياً .

(٣) لايستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً .

(٤) تؤى إلى الهروب وتجنب الموقف المخيف .

وتقسم استجابة الخوف كالآتى :

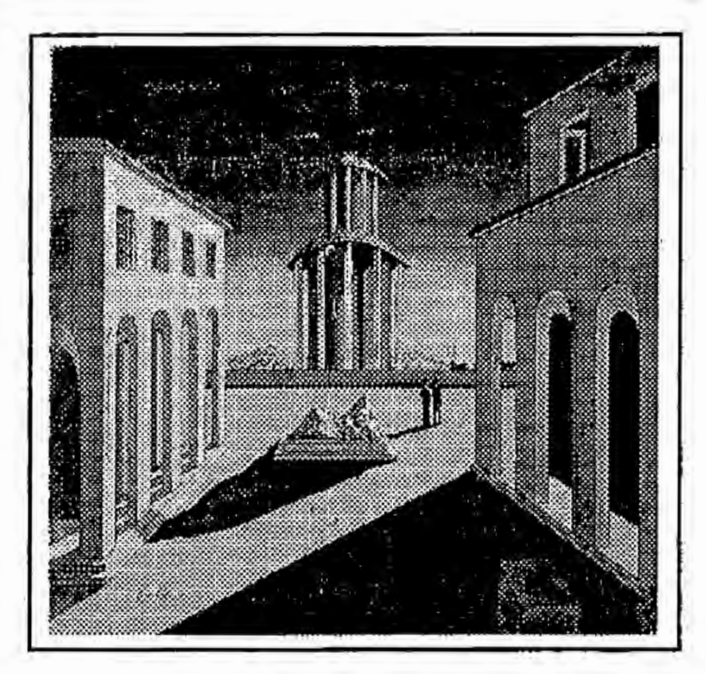
(أ) رهاب الخلاء (الساحة أو الأماكن المتسعة) : Agoraphobia

هو مجموعة محددة نسبياً من اضطراب الرهاب ، وتشمل :

مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحال أو الزحام أو الأماكن العامة ، أو السفر وحيداً فى القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ، ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث فى النوبات الحالية والماضية .

كذلك فهو أشد اضطرابات الرهاب إعاقة ؛ حيث إن بعض الأشخاص يظلون حبيسى المنزل تماماً ، وكثير من المرضى يرتعدون من فكرة الانهيار فى مكان عام وتركهم دون مساعدة ، وغياب منفذ للخروج هو إحدى السمات الجوهرية فى كثير من المواقف التى تثير رهاب الخلاء .

وأغلب مرضى رهاب الخلاء من النساء ، وهو يبدأ عادة فى مقتبل العمر ، كما قد تكون هناك أيضاً أعراض اكتئابية ووسواسية وأعراض رهاب اجتماعى كسمات إضافية ، وغالباً مايبرز تجنب الموقف الرهابى ، بل إن بعض مرضى رهاب الخلاء يشعرون بالانعزال والوحدة ؛ حيث إنهم يتجنبون المواقف التى تعد مصدر الرهاب .



Agoraphobia

الخوف من الأماكن المتسعة

مؤشرات تشخيصية :

يجب توافر كل الشروط التالية للوصول إلى تشخيص أكيد :

(١) يجب أن تكون الأعراض ، سواء النفسية أو تلك الخاصة بالجهاز العصبى اللاإرادى أساساً أعراضاً للقلق ، وليست ثانوية لأية أعراض أخرى مثل ضلالات أو أفكار وسواسية .

(٢) يجب أن يقتصر القلق أو يهيمن فى اثنين على الأقل من المواقف التالية : زحام أو أماكن عامة ، السفر بعيداً عن المنزل أو السفر وحيداً ، مساحات محوطة ، والبقاء وحيداً .

(٣) ويعتبر تجنب مواقف مصدر الرهاب سمة بارزة ، ويمكن تسجيل وجود أو غياب اضطراب الهلع فى أغلب مواقف رهاب الخلاء .

التشخيص الفارق :

يجب أن نتذكر أن بعضاً من مرضى رهاب الخلاء يشعرون بقليل من القلق ؛ لأنهم قادرون على تجنب المواقف مصدر الرهاب . أما فى حالة وجود أعراض أخرى كالاكتئاب ونوبات الهلع ، واختلال الأنية ، والأعراض الوسواسية والرهاب الاجتماعى ، فذلك لايلغى التشخيص ؛ شرط ألا تهيمن تلك الأعراض على الصورة السريرية ، ومع ذلك فإذا كان الشخص مكتئباً فعلاً بشكل ملحوظ حين بدأت أعراض

الرهاب فى الظهور ، عندئذ يصبح التشخيص نوبة اكتئابية هو التشخيص الأساسى الأكثر ملاءمة ، ويشيع ذلك فى الحالات التى تبدأ متأخرة .



Social Phobia

الرهاب الاجتماعى

(ب) **رهاب اجتماعى** : Social Phobia

هو الخـوف من الوقـوع مـحل مـلاحظة من الآخـرين ؛ مما يؤدى إلى تجنب المواقف الاجتماعية ، وعادة مايصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتى منخفض وخوف من النقد ، وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد ، أو غثيان أو رغبة شديدة فى التبول ، ويكون المريض مقتنعاً أن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هى مشكلته الأساسية . وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع ، وهى أكثر أنواع الرهاب انتشاراً ، وتتراوح نسبة انتشارها من ٨-١٠ ٪ من التعداد السكانى، وثبت زيادة النسبة بين الشباب العربى والمصرى.

مؤشـرات تشـخـيصية :

من أجل التأكد من التشخيص ، يجب أن تستوفى كل الشروط التالية :

(١) يجب أن تكون الأعـراض سـواء النفـسيـة أو تلك الخاصـة بالجـهـاز العـصـبى

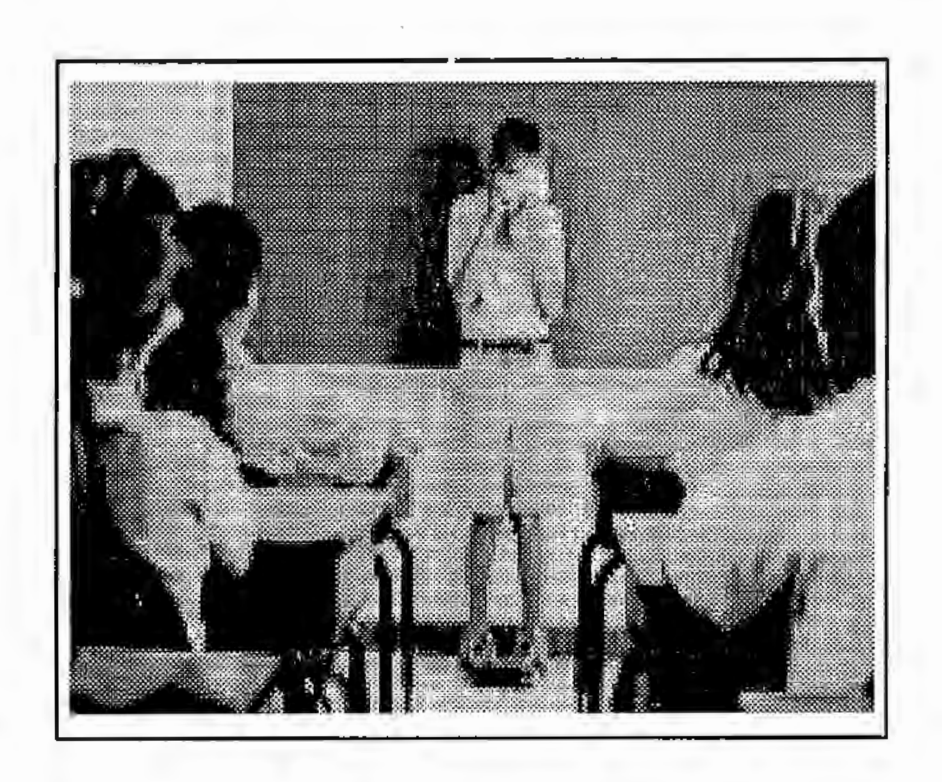
اللاإرادى مظهراً أساسياً للقلق ، وليست ثانوية لأعراض أخرى مثل ضلالات أو أفكار وسواسية .

(٢) يجب أن يقتصر القلق ويغلب فى مواقف اجتماعية معينة .

(٣) يتم تجنب المواقف الرهابية (مصدر الرهاب) كلما كان ذلك ممكناً .

عند التشخيص الفارق :

كثيراً مايبرز رهاب الخلاء والاضطرابات الاكتئابية مع الرهاب الاجتماعى، أما فى الحالات الشديدة ، فقد تتشابه النتيجة النهائية من بقاء المريض بالمنزل مع مضاعفات رهاب الخلاء . وإذا كان التمييز بين الحالتين صعباً جداً ، يعطى التفضيل لتشخيص رهاب الخلاء . وعلى الرغم من شيوع الأعراض الاكتئابية .. إلا أنه لايجب استخدام تشخيص الاكتئاب ، إلا إذا أمكن تعرُّف وجود زملة اكتئابية خالصة بوضوح .



Social Phobia

الرهاب الاجتماعى



Animal Phobia

الخــوف من الحــيوانات

(جـ) رهاب محدد (منفرد) Specific (isolated) phobias :

هو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد ، مثل الاقتراب من حيوانات، الأماكن المرتفعة ، الرعد ، الظلام ، الطيران ، الأماكن المغلقة ، التبول أو التبرز فى مراحيض عامة ، تناول مأكولات بعينها ، طب الأسنان ، منظر الدم أو الجروح ، والخوف من التعرض لأمراض معينة .

وعلى الرغم من أن الموقف المثير محدود ، إلا أن التعرض له قد يثير رعباً كما فى حالات رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعى .

وتبدأ أنواع الرهاب المحدد عادة فى الطفولة أو فى مقتبل العمر ، وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها .

وتتوقف شدة الإعاقة على السهولة التى يستطيع بها الشخص تجنب الموقف الرهابى . ويتميز الخوف فى الرهاب المحدد بأنه غير متذبذب بعكس رهاب الخلاء .

وأهم الموضوعات الشائعة فى مرضى الرهاب المحدد ، هو الخوف من التلوث البيئى والإشعاعى والعدوى بالأمراض التناسلية وحديثاً زملة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) .

مؤشرات تشخيصية :

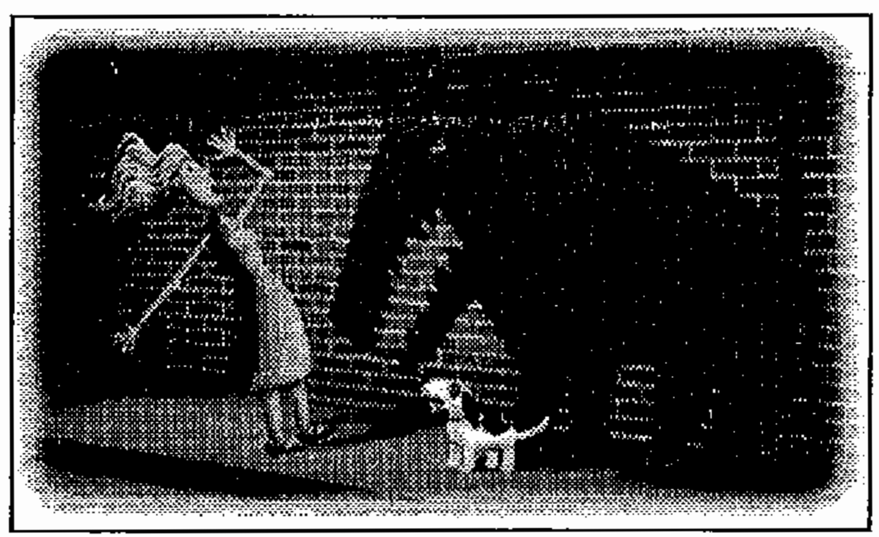
من أجل التشخيص المؤكد ، يجب أن تستوفى كل الشروط التالية :

(١) يجب أن تكون الأعراض سواء النفسية أو الخاصة بالجهاز اللاإرادى ، أساساً من مظاهر القلق ، وليست ثانوية لأعراض أخرى مثل ضلالات أو أفكار وسواسية .

(٢) يجب أن يقتصر القلق على وجود الفرد فى الموقف الرهابى المحدد .

(٣) يتم تجنب الموقف الرهابى ، كلما كان ذلك ممكناً .

ويتضمن : رهاب المرتفعات ، ورهاب الحيوان ، والرهاب الصومعى ، ورهاب بسيط .



Animal Phobia

الخوف من الحيوانات

عند التشخيص الفارق :

عادة مايلاحظ غياب أعراضاً نفسية أخرى ، على العكس من رهاب الخلاء والرهاب الاجتماعى . ويختلف رهاب الجروح الدموية عن أنواع الرهاب الأخرى فى أنه يؤدى إلى بطء خفقان القلب وأحياناً إغماء ، بدلاً من سرعة ضربات القلب ، أما الخوف من أمراض معينة ، مثل : السرطان أو أمراض القلب أو العدوى بأمراض تناسلية فيجب تصنيفها تحت زملة توهم المرض ، إلا إذا ارتبط هذا الخوف بمواقف معينة يمكن أن يصاب فيها الشخص بالمرض .

إذا وصل الاقتناع بالمرض إلى شدة اليقين الضلالى ، عندئذ يستخدم تشخيص اضطراب ضلالى ، وكذلك يجب تصنيف المرضى المقتنعين بوجود شذوذ أو تشوه فى جزء معين من أجسادهم (كثيراً مايكون الوجه) أو أجزاء لايلحظها الآخرون (وهو مايسمى أحياناً رهاب توهم تشوه الشكل) يجب تصنيفهم تحت زملة توهم المرض ، أو اضطراب ضلالى تبعاً لقوة واستمرارية قناعتهم .

(٦) اضطراب الوسواس القهرى

6. Obsessive Compulsive Disorder

إن هذا العصاب من أكثر الاضطرابات النفسية ألماً ومعاناة ، فقد وجد المؤلف فى أحد أبحاثه أن نسبته بين المترددين على عيادة الطب النفسى بمستشفى جامعة عين شمس حوالى ٢,٦ ٪ ، وهو يمثل حوالى ٤ ٪ من مجموع الاضطرابات العصابية ، وتدل الأبحاث الحديثة على أن شيوعه بين التعداد السكانى يتجاوز توقعاتنا السابقة بحوالى ٢,٥ ٪ .

ويختلف كثير من الأطباء حول طبيعة هذا المرض ، فالبعض يرى أن يدرجه مع الذهان ؛ نظراً لأن بعض حالات الوسواس القهرى تتحول أحياناً إلى أمراض ذهانية ، بل يذهب البعض بإراءه ليقول إنه عملية دفاعلية ضد الذهان .

وقد لاحظت هذه الظاهرة فى بعض مرضاى ، فإذا عولج الوسواس القهرى وشفى تماماً ، يبدأ المريض فى المعاناة من أعراض ذهانية شبه فصامية ، وإذا عالجناه من الذهان يعود ثانياً لشكواه من الوسواس القهرى ، بل وأحياناً تتأرجح شكوى المريض بين الأعراض ، وينظر بعض الأطباء لهذا المرض باعتباره أحد معادلات اضطراب الابتهاج الاكتئابى ، خاصة النوع الدورى من الوسواس القهرى ؛ حيث إن الأعراض القهرية كثيراً ماتنشأ كإحدى ظواهر مرض الاكتئاب.

ويجب أن نفرق بين مرض الوسواس القهرى والأعراض القهرية ، التى تظهر مع عدد من الأمراض ، والتى سيطول شرحها مع التشخيص الفارق .

التعريف : الوسواس القهرى مرض عصابى يتميز بالآتى :

(١) وجود (أ) وساوس فى هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف ، أو (ب) أفعال قهرية فى هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية .

وعادة ماتسبب الأفكار القهرية قلقاً ومعاناة شديدة ، ويقوم المريض بالأفعال القهرية للتخفيف من آلام الأفكار .

(٢) يقين المريض بتفاهة هذه الوساوس ، ولامعقوليتها ، ومعرفته الأكيدة أنها لاتستحق منه هذا الاهتمام (وهنا أهمية تفرقتها من الهذاء أو الاعتقاد الخاطئ أو الضلال حيث يؤمن المريض بصحته) .

(٣) محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوساوس وعدم الاستسلام لها ، ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة .

(٤) إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس ، وقوتها القهرية عليه ، مما ينتج عنه شلله الاجتماعي وآلام نفسية وعقلية شديدة .

إن المريض بالوسواس القهرى يعلم علم اليقين بعدم صحة أفكاره ، ولذا فهو يعانى من مرض عصابى ، أما المريض بالاعتقاد الخاطئ فهو مقتنع تمام الاقتناع بصدق اعتقاده ، ولذا نعتبر مرضه ذهانياً .

والحق أن كثيراً من ألعاب الأطفال لها طابع قهرى ، ذلك التلميذ الذى يعد السلالم أثناء هبوطه أو تسلقه ، والذى يقذف الحجر بقدمه من المدرسة إلى المنزل وكذلك عند العودة ، أو يسير خطوة على الرصيف وخطوة على الأرض ، وهو يعلم تفاهة هذه الأعمال ، ولكنه لايستطيع التوقف عنها ، وكذلك كثير من العادات والتقاليد يلعب فيها العامل القهرى دوراً مهماً ، فحدوة الحصان على المنزل تمنع الحسد ، ويوم الجمعة ظهراً ساعة نحس ، وسكب الملح على المائدة يبعث على الشؤم .. وهكذا ، ثم نفخ الزهر قبل لعب الطاولة ، ثم الطقوس التى يقوم بها الفرد قبل خروجه من المنزل من شرب الشاى ، وقراءة الجرائد ، وحلق الذقن والاستحمام والإفطار وبطريقة منتظمة إن اختلف عنها شعر بعدم الراحة والقلق ، رغم معرفته أن تغيير هذا الروتين لن يضر إطلاقاً ، والطالب الذى يستمر طوال الامتحان مرتدياً الزى نفسه الذى امتحن به اليوم الأول وأجاد أثناءه الامتحان ، وأصبح يتشاءم من تغيير ردائه .

أسباب الوسواس القهرى :

يلعب العامل الوراثى دوراً مهماً فى نشأة الوسواس القهرى ؛ فقد وجد أن بعض أبناء المرضى بالوسواس يعانون من المرض نفسه ، كذلك الأخوة والأخوات، هذا غير بقية أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية ، وقد وجدت فى دراسة حديثة أن التاريخ العائلى لمرض الوسواس القهرى فى مصر يظهر فى ١٦ مريضاً من ٨٤ حالة ، أى حوالى ٣٠٪ أى النسبة قريبة من النسب الأخرى فى بلاد العالم .

ويتداخل العامل الوراثى مع البيئى ؛ لأن تأثير الوالد أو الوالدة غير المرنة ، ذات الأمثال العليا ، والضمير الحى ، الوسواسة فى تصرفاتها بلاشك سينعكس على شخصية أطفالها سواء وراثياً أو بيئياً .

ويرجع رواد مـدرسـة التـحليل النفسى هذا المرض إلى اضطراب فى المرحلة الشرجية فى تكوين شخصية الفرد ، وقسوة رقابة الأنا الأعلى (النفس اللوامة) للفرد على كل تصـرفاته ، ولكن يوجد كثير من الشواهد أو الملاحظات التى تؤيد احتمال نشأة المرض من أسباب فسيولوجية ، أهمها : ظهوره فى الأطفال بطريقة منتشرة حيث لم يكتمل بعد نضج الجهاز العـصبى ، مع وجـود اضطرابات فى رسم المخ الكهربائى لهؤلاء المرضى ، وظهوره بطريقة دورية أو نوبات متكررة ، واحتمال نشأته بعد بعض أمراض الجهاز العصبى ، مثل الحمى المخـية ، والصرع النفسى الحركى .. مما يؤيد الأساس الفسيولوجى .

وقد ذهب البعض فى تفسير مرض الوسواس القهرى إلى أن سببه هو وجود بؤرة كهربائية نشطه فى لحاء المخ ، وتسبب هذه البؤرة – حسب مكانها فى اللحاء– فكرة أو حركة أو اندفاعاً ، وتستمر هذه الدائرة الكهربائية فى نشاطها رغم محاولة مقاومتها ، تماماً كما تتعطل الأسطوانة وتتكرر النغمة نفسها ، وتستمر إن لم يحركها الفرد إلى نغمة أخرى .

وهذه البؤرة وإن كانت فى حالة نشاط مستمر ، إلا أنها على اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية فى لحاء المخ ، ولذا يتبين للمريض عدم صحة هذه الفكرة؛ لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكر تقاوم هذه البؤرة ، ويختلف ذلك عن هذاءات العظمة أو الاضطهاد ، والذى تسببه بؤرة كهربائية فى اللحاء ، ولكنها عزلت نفسها عن بقية اللحاء بعملية انفصال عن بقية الدوائر الكهربائية ، ولذا فالمريض يؤمن بصحتها ؛ نظراً لعدم وجود نشاط لحائى على اتصال بهذه البؤرة لمقاومتها أو الكف عن نشاطها.

وقد زاد الاهتمام بالوسواس القهرى ، بعد اكتشاف عدة صواحب فسيولوجية وتشريحية بأجهزة تصوير المخ الحديثة ، فقد وجدت بعض التغيرات فى العقد القاعدية ؛ خاصة فى النواة المدنية (Caudate) وصغر حجمها ، كذلك المعدل المرتفع فى تمثيل الجلوكوز فى الفص الجبهى فى المخ والتلفيف الحزامى.

ونستطيع أساساً افتراض بيولوجية للوسواس القهرى فى أن الفرد يرث ويكتسب أنماطاً سلوكية تختزن فى العقد القاعدية ، والتى تنفجر عند حدوث عطب فى وظائف الجزء الأسفل من الفص الجبهى ، وإن المسارات الموصلة بين الفص الجبهى والعقد القاعدية تعمل من خلال الموصل العصبى السيروتونين ، ولذا أصبحت الملاحظة الإكلينيكية عاملاً هاماً فى تحسن وشفاء كثير من المرضى بالعقاقير المحفزة على

زيادة السيروتونين ، فى المشتبكات العصبية ، ذات أهمية كبرى فى الثورة الحديثة لعلاج الوسواس القهرى .

ومما يؤيد العامل البيولوجى وجود أعراض الوسواس القهرى فى معظم اضطرابات العقد القاعدية ، مثل مرضى الشلل الاهتزازى والكوريا (المرض الراقص)، ومرض لوازم توريت العصبية .

ويظهر اضطراب الوسواس القهرى عادة فى الشخصية الوسواسة ، والتى تتميز بالصلابة وعدم المرونة ، وصعوبة التكيف والتأقلم للظواهر المختلفة مع حب النظام والروتين وضبط المواعيد ، والدقة فى كل الأعمال ، والاهتمام بالتفصيلات والثبات فى المواقف الشديدة ؛ أى إن هذه الشخصية عكس الشخصية الهستيرية التى تتميز بسرعة تقلباتها وذبذباتها الانفعالية ، وقابليتها للإيحاء .

ولاشك أن الإنسان الناجح يحتاج لبعض سمات الشخصية الوسواسة ؛ حتى يستطيع تنظيم ذاته ، ولكن إذا زادت عن الحدود الطبيعية ، فدائماً ماتكون هذه الشخصية عرضة للصدام مع الزملاء والرؤساء والمرؤسين ، نظراً لضميرهم الحى، ورغبتهم فى تطبيق مثاليتهم على كل من حولهم ، ولكن هنا يتغلب العناد والصلابة والمضى فى سبيل الحق حتى النهاية .

وتلائم الشخصية الوسواسة بعض الوظائف التى تلزمها هذه الصفات ، مثل مجال الأعمال والمديرين والإداريين والماليين ، وكبار ضباط الجيش والبوليس ، وموظفى الأرشيف والسكرتارية ، والذين يعملون فى المكتبات .. الخ ، أما الزوجات فهن دائماً فى احتكاك مع الشغالات والأطفال ؛ لأن النظافة والنظام ليسا على ماينشدن .

وقد تبين حديثاً أن الشخصية القهرية لاتظهر إلا فى حوالى ٢٠-٢٥٪ من حالات الوسواس القهرى ، وأنه كثيراً مايسبق الاضطرابات شخصيات أخرى ، مثل: الشخصية الاعتمادية والحدية أو شبه الفصامية وكذلك أنماط مختلفة .

وللأسف الشديد .. فإن هذه الشخصية المطالبة دائماً بالحق والنظام تتعرض لاضطرابات نفسية مختلفة نظراً لاحتكاكها الدائم بالمجتمع ، وعدم قدرتها على تحقيق مثاليتها العليا ، ومن أهم الاضطرابات الآتى :

(١) القلق النفسى وخصوصاً الأعراض الجسمية للقلق فى هيئة عصاب الأعضاء كعصاب الجهاز الهضمى أو القلبى الدورى ، أو البولى التناسلى .

(٢) توهم العلل البدنية ، وأنهم عرضة لأمراض خبيثة ، والتنقيب عن أى أعراض لكى يبدأوا فى سلسلة من الأبحاث الطبية ، مع كثرة التردد على الأطباء للاطمئنان على الضغط ، والهضم وكافة الأجهزة .

(٣) اضطراب الوسواس القهرى .

(٤) اكتئاب توقف الطمث .

(٥) اختلال الآنية والشعور بالتغير فى النفس ، وأحياناً يصحبه الإحساس بأن العالم أيضاً قد تغير .

(٦) الأمراض السيكوسوماتية .

الأعراض الإكلينيكية :

لايعرض المريض نفسه على الطبيب إلا بعد مدة من المقاومة ، واعتباره أن ذلك ضعف لايستحق العلاج ؛ حتى تنال منه الأعراض ، ويبدأ فى المعاناة الشديدة وهنا يصبح فى حيرة من أمره ويسأل المساعدة .

وقد وجدت فى بحث عن الوسواس القهرى فى مصر أن معظم المرضى يأتون بين سن ٢٠–٣٠ بعد فترة من المرض تتراوح من شهور إلى ٥سنوات ، وكان مستوى التعليم فى ٨٤ مريضاً ومريضة كالآتى :

تعليم ابتدائى ٢٢

تعليم ثانوى ٣٠

تعليم جامعى ٣٢

والمعتاد أن يكون ذكاء المرضى فوق المتوسط ، وأن يكونوا ذوى مستوى اجتماعى واقتصادى ، يفوق مرضى الأمراض النفسية الأخرى .

ويأتى المريض شاكيا من القلق الشديد ، أو الاكتئاب الناتج عن الوسواس القهرى ، ولكن أحياناً مايشكو مباشرة من الوسواس . وقد كانت نسبة المرضى حسب شكواهم فى مصر كالآتى ، مع العلم أن الكثير يعانون من مزيج من القلق والاكتئاب والوسواس .

القلق ٧١

الاكتئاب ١٨

الوساوس ٢٥

ويميل التكوين الجسمى لهؤلاء المرضى إلى مايسمى بالتكوين الواهن ؛ أى النحافة والميل للطول ، مع تضاريس حادة للوجه وطول الرقبة والأطراف .

ونستطيع تقسيم الأعراض الأكلينيكية إلى الآتى :

(أ) **أفكار وسواسية** :

(١) فكرة أو صورة Idcas and Images (1)

(٢) اندفاع Impulses (2)

(٣) اجترار أفكار Ruminations (3)

(٤) خوف Phobias (4)

(ب) **أفعال قهرية** :

– طقوس حركية Rituals

(جـ) **أفكار وأفعال قهرية مختلفة وهى الأكثر شيوعاً** .

(١) **الأفكار والصور** Idcas and Images :

وهنا تسيطر على المريض فكرة خاصة ، أو صورة لمنظر ما حميد أو كريه أو جمل معينة ، تتردد على مخه أو نغمة موسيقية مستمرة فى تفكيره ، وأذكر المريض الذى كلما خلا لنفسه ، راودته فكرة وصورة الجثة بعد تعفنها وحاول عبثاً المقاومة والتخلص من هذه الفكرة والصورة بكل الطرق ، حتى أنه امتنع عن الجلوس بمفرده . ولكن أخذت هذه الفكرة تطارده ، حتى أصبحت تراوده فى كل الأوقات حتى أثناء مشاهدته للسينما أو التليفزيون أو قراءته للجرائد ، وأيضاً ذلك المريض الذى بدأت تسيطر عليه فكرة أن أحد الرجال سيغتصبه أثناء سيره فى الشارع ، وهو يعلم تماماً استحالة ذلك ، خصوصاً عندما يصف نفسه ، ويقول لى إنه يعتبر نفسه أقبح من فى الشارع...

ولن يجول بخاطر أحد من المارة هذا الخاطر ، ولكن الفكرة مسيطرة عليه حتى أنه بدأ ينعزل عن الناس ولايذهب للعمل ، وتلك السيدة التى تشكو من تكرار وتردد هذه النغمة الموسيقية لأحد أدوار السيدة منيرة المهدية، رغم كرهها الشديد لهذا النوع من الموسيقى ، ولكن هذه النغمة مستمرة حتى أنها تحلم بها ... وهكذا.

(٢) الاندفاعات Impulses :

ويشعر المريض هنا بحث مسيطر ، أو رغبة جامحة ، أو اندفاع لأن يقوم بأعمال لايرضى عنها ، ويحاول مقاومتها .

ولكن تسيطر عليه هذه الرغبة بالحاح وبقوة وعادة ماتكون هذه الاندفاعات فى هيئة عدوانية أو انتحار ؛ فيشعر المريض بالرغبة فى رفس المارة بالشارع ، أو دفع إخوته من الشرفة ، أو إلقاء نفسه من الأدوار العليا أو القطار أو الأتوبيس ، وأحياناً اندفاعات مضحكة ، كالغناء فى المسجد أو الكنيسة أو الضحك فى الجنازة ، أو ضرب من أمامه على قفاه ، أو الرغبة الجامحة فى عد وضرب الأعداد الأحادية أو الثنائية إلى مالانهاية .

وقد تعرض أحد مرضاى لسلسلة من العذابات والسخرية ، من جراء الحث المسيطر عليه أن يعد شعر ذقنه بعد الحلاقة ، وهو يعرف تفاهة هذه الرغبة لدرجة أنه توقف عن الحلاقة ، ولكنه بدأ ينظر فى المرآة ويعد شعر ذقنه الطويل ، وهو يبكى بكاءً مراً ساعات طويلة ، وكلما أخطأ بدأ العد من جديد ، وأصبح لايستطيع الذهاب لكليته، حبيس المنزل والمرآة وذقنه ، ولايمكن إقناعه بحلقها ، حتى أننى استعنت بالتخدير لإتمام حلق الذقن كذلك الرغبة الملحة فى عدم النطق ببعض الحروف ، أو الامتناع عن كتابة بعض الكلمات المكونة من كذا حرف ، وقد رفض أحد المرضى العلاج عند أحد الأطباء ؛ لأن لقبه مكون من خمسة حروف .

وكذلك تلك السيدة التى كانت تلح عليها الرغبة فى ذبح ابنتها الوحيدة ، وأصبحت تعانى وتتألم من جراء هذا الاندفاع ؛ لأنها لاتصدق أنه من الممكن التفكير بهذه الصورة ، وكانت تصرخ إننى مجنونة اذبحونى قبل أن أذبحها ، اسجنونى .. وأصبحت لاتدخل المطبخ وتخاف من رؤية السكين حتى تم علاجها ، ونلاحظ هنا أن الخوف دائماً مايصاحب هذه الاندفاعات ؛ فالسيدة تخاف من المطبخ والسكين ، وكذلك هذا الشاب يخاف من الأدوار العليا لاندفاع إلقاء نفسه ، وذلك يخاف من الجامع حتى لايغنى أو يضحك .. وهكذا .

وأذكر ذلك الحاج الذى جاء باكياً فى هدوء ، يرجونى تحويله لمستشفى الأمراض العقلية ، فرجوته أن يسرد لى تفاصيل شكواه ، فرفض بشدة ، وأخبرنى أنه يستحق أن يدخل المستشفى أو السجن ، وأن مابداخله لايستطيع أن يبوح به لأى إنسان . واستمر فى البكاء حتى انهار تماماً ، وبدأ يعترف بأنه يعتريه اندفاع خبيث

باغتصاب ابنته البالغة من العمر خمس سنوات ، وكذلك صديقاتها اللاتى فى نفس سنها ، وأصبح يبكى كلما رأها ولايعلم ، وهو الرجل التقى الحاج الورع ، الذى لم يفعل سوءاً فى حياته ، كيف تنتابه هذه الرغبات ، والتى لايمكن أن يقوم بها ، وبالطبع أفهمته أن ذلك على الرغم منه ، وأنها حالة اندفاعات الوسواس القهرى .

وكذلك ينتاب المريض أحياناً اندفاعات السب والإهانة للقيم الدينية والأنبياء ؛ أى العيب فى الذات الإلهية ، وصور مشينة ومحرجة وجنسية لله والأنبياء .

وهذا الشاب الذى ينقب ويبحث فى كل الأوراق الملقاة فى الشارع أو سلة المهملات ، حتى لايكون اسم الله فى هذه الأوراق ، وبالتالى يدنس اسم الله ، وعبثاً يحاول إقناع نفسه أنه لايستطيع أن يبحث فى كل أوراق العالم . ولكن الاندفاع ملح وشديد ، ولايستطيع ردعه رغم المقاومة الشديدة ، تماماً مثل الشاب الذى كانت تلح عليه الرغبة فى قضم أظافره ؛ لأنها مملوءة بالميكروبات ، ومن ثم أصبح ينزف من أصابعه دماً لأنه قضم الظفر بأكمله ، وأصبح معرضاً للآلام الشديدة من جراء تعرية أصابعه من الأظافر ، وذلك الذى يخلع بنطلونه حتى يبحث عن أى رماد للسجائر بداخله على الرغم من أنه لايدخن ، وقد سبب له ذلك إحراجاً شديداً لأنه أحياناً لايجد المكان المناسب لخلع ملابسه ، ومن ثم أصبح حبيس منزله ، والأمثلة كثيرة لاتحصى، وكل مريض يحتاج لكتاب خاص لوصف أعراضه وآلامه .

(٣) اجترار الأفكار Ruminations :

وهنا تنتاب المريض أفكاراً وأسئلة وتكهنات ، لايمكن الإجابة عنها ، ويحاول التخلص من هذه الأسئلة دون جدوى كالسؤال التقليدى ، بما أن الله قد خلقنا فمن إذن الذى خلق الله؟ وطالما سألنا أنفسنا هذا السؤال ثم طردناه من ذهننا ، واستمر كما هو الإيمان أو الإلحاد ، ولكن هذا المريض لايستطيع ردع هذا السؤال أو التساؤل لماذا نعيش ، ولماذا نموت .. ؟ ولايحتل تفكيره سوى هذا السؤال ، ويصبح فريسة الإجابة عنه ، ولايستطيع القيام بأى نشاط ذهنى آخر ، أو لماذا لاتحل مشكلة الفقر فى العالم ؟ أو هل التاريخ صحيح أم كله أكاذيب وقصص تختلق على مدى العصور ؟ أو هل أنا أعيش أم أنا فى حلم دائم ؟

وأحياناً ما تأخذ هذه الأفكار صورة أسئلة لانهائية غير ممكن الإجابة عنها.

وأذكر تلك السيدة البالغة من العمر خمسين عاماً ، والتى بدأت تفكر فى احتمال رضاعتها هى وزوجها من مرضعة واحدة، ومن ثم يكون الزواج باطلاً ،

وعبثاً يحاول الزوج إقناعها أن تطرد هذه الفكرة التى هى مقتنعة بعدم صحتها ولكن دون جدوى .

(٤) المخاوف القهرية Phobias :

ترتبط المخاوف القهرية دائماً بالأفكار أو الصور ، والاندفاعات والطقوس الحركية كما سبق أن شرحنا ، فتكون المخاوف وسيلة للهروب من الموقف القهرى الذى تسببه الأعراض الأخرى ، فالخوف من الجوامع أو الكنائس أو الجنازات أو المطابخ هو ثانوى لاندفاعات خاصة بتلك الأماكن ، وكذلك الصورة القهرية للجثة المتعفنة جعلت الشخص يخاف من الجلوس بمفرده ... وهكذا .

ولكن بالطبع توجد المخاوف القهرية الأولية ؛ وخصوصاً بعض مما ذكرناه مع القلق النفسى أو استجابة الخوف ، فالخوف من الأماكن المغلقة أو المتسعة والمرتفعة والمظلمة ، والخوف من الدم ، والأمراض والميكروبات والتلوث .

وعادة مانجد فى حياة الفرد الخاصة علاقة رمزية بنوعية الخوف ، فهذه الفتاة التى صدمت فى خطوبتها بدأت تخاف من الجلوس على مرحاض حتى لاتتعرض للتلوث بالماء ، والذى يحتمل أن يكون محملاً بالحيوانات المنوية من الجيران ، ومن ثم تصبح حاملاً .

وعلى الرغم من ثقافة هذه الفتاة ومعرفتها أن هذا الاحتمال لن يحدث إطلاقاً ، إلا أن هذا الفكر قد سيطر عليها حتى بدأت تستعمل مرحاضاً خاصاً بها ، ثم بدأ الخوف يتعمم بألا تلمس رجلاً حتى لاتتلوث بالحيوانات المنوية . وقد لمس شقيقها شعر رأسها ، فأصبحت لاتستطيع الاستحمام لاحتمال وجود الحيوانات المنوية فى شعرها ، وبالتالى سقوطها على جسمها إن بلت شعرها ، وبدأت لاتصافح أحداً ولاتجلس مع رجل ، ولاتأكل لأن الخبز والطعام قد تدخل الرجال فى إعدادهما ، حتى انعزلت تماماً ، وأصيبت بهزال شديد حتى تم نقلها للمستشفى للعلاج .

وهذه السيدة التى تخاف من الميكروبات ، ومن هنا بدأت فى وضع أولادها طوال النهار فى الحمام للاستحمام سواء صيفاً أو شتاءً ، مما أثر على صحتهم ، ثم بدأت فى غسل كل ماتقع يدها عليه من تليفون ، وراديو وتليفزيون ، وكان زوجها يصرخ أمامى بأنها خربت بيته ولايفهم معنى مرضها ؛ لأنها قد حطمت الأثاث من جراء غسيله عدة مرات ، وعبثاً يحاول إقناعها فتخبره أنها مقتنعة تماماً ، ولكن الخوف المسيطر عليها من الميكروبات والتلوث حول حياتها جحيماً .

(٥) الطقوس الحركية Rituals :

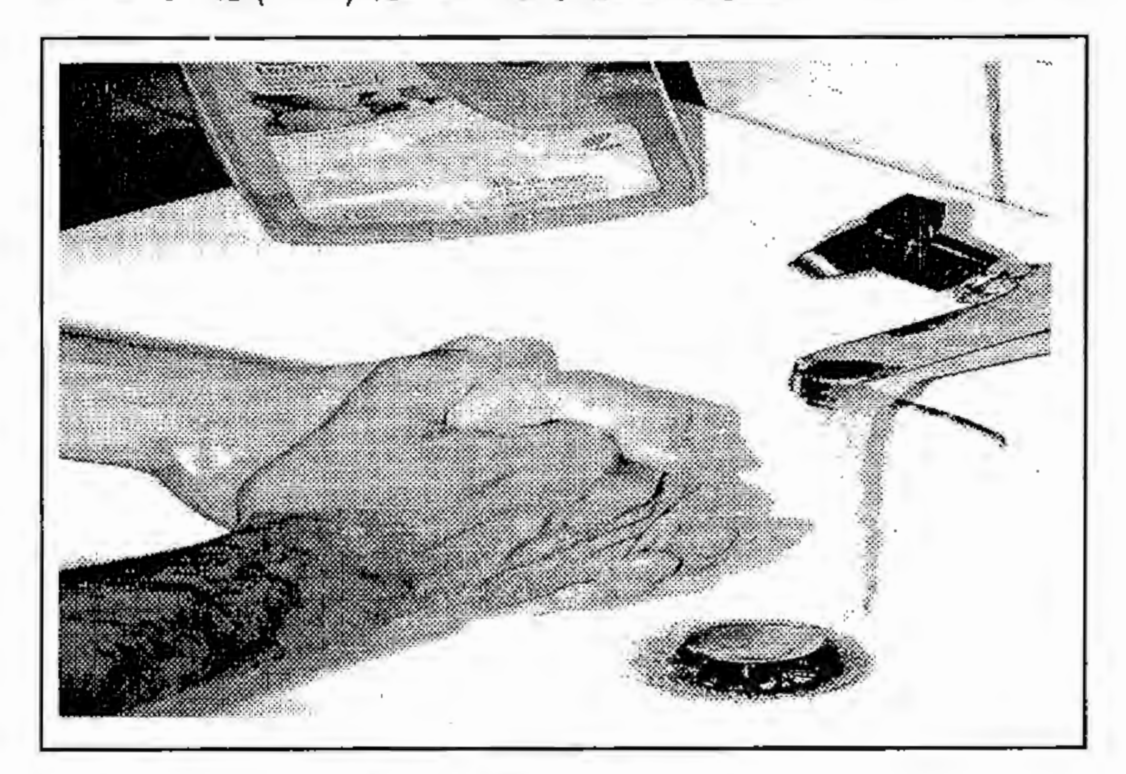
وهى من أكثر الأعراض القهرية شيوعاً ، وتأخذ هيئة الرغبة الجامحة المسيطرة للقيام بحركات معقدة معينة للتخلص من إلحاح الفكرة الخاصة بذلك ، ومن أشهر الأمثلة غسيل الأيدى مئات المرات أو غسيل الجسم بعد عمليات التبول أو التبرز أو أثناء فترة الطمث ، وكذلك هؤلاء الذين يكررون الوضوء والصلاة عدة مرات وقد يستمر الوضوء لمدة ساعات!!

ويوجد بعض مرضاى ممن يمكثون فى الحمام من ثلاث إلى خمس ساعات متواصلة لإنهاء عملية الاغتسال ، وبالطبع تنتهى هذه العملية بإنهاك شديد وضياع وقت النهار ، والشلل الاجتماعى عن القيام بأى نشاط آخر ، فتبدأ المريضة فى غسل يدها ثم غسل الحوض ، ثم تشك ثانياً فى نظافة يدها فتبدأ مرة ثانية ، وأحياناً تقوم بغسل يديها مئات المرات ، وإذا أخطأت تعاود الكرة ثانياً ، وإن جاءت نقطة ماء على ملابسها ، تخلع الملابس وتغسلها ، وتحتاج للاستحمام لغسل الحمام أو البانيو ، ثم تبدأ ثانية فى غسل يديها وهكذا .

وتلك المريضة التى لاتستطيع أن تصافح أحداً وتمسك كل شىء بورقة حتى لاتتلوث ، ولاتصيبها أية عدوى ، وذلك الذى لايستطيع القيام من سريره حتى يجيئ والداه ، والده من اليمين ووالدته من الشمال ، ويبدآن فى قراءة بعض سور القرآن ، وإن أخطأ أحدهم فى القراءة فيجب عليهما أن يعيدا القراءة مرة أخرى ، ويبدأ يومه بسلسلة من الطقوس والحركات ، التى يجب أن تنفذ بحذافيرها وإلا فعليه أن يبدأ ثانياً ، وكان هذا الطالب غير قادر على الذهاب إلى كليته ؛ لأنه عندما يستعد للنزول يكون موعد المحاضرات قد انتهى ، وتلك السيدة التى يجب أن تفتش جسمها صباحاً ومساءً عن ظهور أى أورام خبيثة ، وأصبحت هذه الحركات تسيطر عليها ، ولاتستطيع البدء فى الخروج أو القيام بأى نشاط قبل البحث عن هذه الأورام .

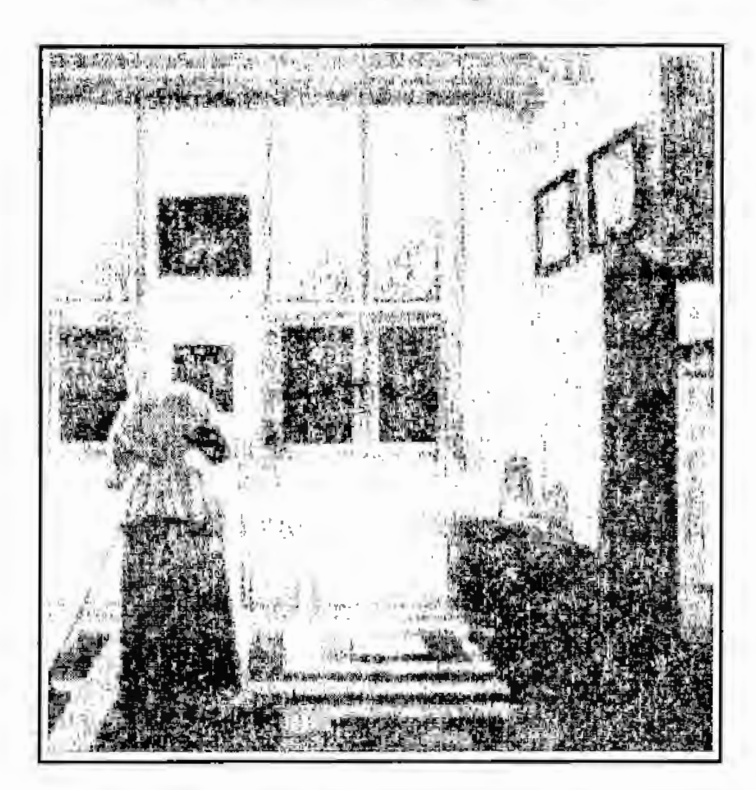
بل إننى أذكر السيدة التى كانت تنام فى البانيو لتنظيف نفسها أثناء الطمث وترفض الخروج من المياه حتى تنتهى فترة الطمث ؛ مما أدى إلى إصابتها بالالتهاب الرئوى عدة مرات ، وأصبحت هذه الطقوس الحركية القهرية تهدد حالتها الجسمية ؛ مما جعلنا نضطر إلى أن نوقف الطمث صناعياً .

وكذلك المريض الذى لايستطيع السير إلا باحثاً عن الحشرات أو الحيوانات حتى لايقتلها ، أو الذى يلمس أعمدة النور أو يتسلق السلالم بطريقة خاصة وهكذا .



Obsessive Compulsive disorder

النظافة فى مرض الوسواس القهرى



وســـواس النظـــــافة

ويتضح مما سبق أن الأعراض الأكلينيكية للوسواس القهرى مرتبطة مع بعضها البعض ارتباطاً وثيقاً ، وأنه كثيراً مايعانى المريض من أفكار مع صور وطقوس حركية ، أو مخاوف اندفاعات ... وهكذا ، وقد وجدت أن نسبة المرضى الذين يشكون من الأعراض القهرية فى مصر هى كالآتى، وذلك بين ٨٤ حالة :

أفكار وصور ٢٣

اجترار أفكار ٤٣

اندفاعات ٤٠

مخاوف ٤١

طقوس حركية ٣٧

ولكن الغالبية خليط من هذه الأعراض ، ويغلب على مرضانا فى مصر طابع الطقوس الحركية ؛ خصوصاً المتعلقة بالنظافة والتلوث ومايتبعها من مخاوف، وأعتقد أن لذلك صلة وثيقة بالناحية الدينية ، واهتمام الدين الإسلامى بالوضوء خمس مرات، خصوصاً مع عمليات التبول والتبرز وأثناء الطمث أو بعد الجماع الجنسى ؛ مما يؤثر على الفرد أثناء مراحل نموه المختلفة ، ومن هنا ترتبط هذه العمليات فى ذهنه بالحرام والطهارة وضرورة التخلص منها .



Obsessive Compulsive Disorder

مرض الوسواس القهرى



سيدة تغتسل أمام الحوض

رسم إنيو مورلوتى (١٩٤٥)

وقد قمت بدراسات حضارية مقارنة عن اضطراب الوسواس القهرى من خلال متابعة عدة سنوات لمائة وأربعة من المرضى بهذا الاضطراب ، وبصفتى عضواً فى اللجنة العالمية للوسواس القهرى .. فقد استطعنا تحديد عامل الثقافة والحضارة فى اضطراب الوسواس القهرى ، فيتغلب على المرضى المصريين والعرب الوساوس الدينية وهى العيب فى الذات الإلهية ، والصور المشينة التى تنتاب المريض أو المريضة من أوضاع غريبة وجنسية عن الله والأنبياء .

وقد وجدت أن الوساوس الدينية تنتشر فى حوالى ٥٧٪ بين المسلمين فى مصر، إذا قورنت بنسبة ٥٢٪ بين اليهود ، و٢٣٪ بين الهنود ، وحوالى ١٨٪ فى الولايات المتحدة ، واختفائها بين البريطانيين ، كذلك فطقوس النجاسة والطهارة والنظافة والطمث الشهرى حيث تنتشر بالأكثر بين المسلمين ، والجدير بالذكر أنه ينتاب الأقباط فى مصر الوساوس الدينية نفسها ؛ ولكن لاتشغلهم الطقوس الخاصة بالطهارة والنجاسة حيث إنها لاتشكل جزءاً أساسياً من طقوسهم الدينية .

والجدير بالذكر أن كلمة الوسواس فى اللغة العربية تشمل الوسواس الخناس ، ألا وهو الشيطان ، وكذلك الوسواس القهرى وهو مرض نفسى .

فالكلمتان مختلفتان فى كل اللغات الأخرى ، ونستطيع إدراك لماذا يلجأ مرضى الوساوس القهرية إلى رجال الدين ، الذين كثيراً مايصفون المرض على أنه من عمل الشيطان ، ويزيد ذلك الطين بلة ، حيث يعانى المريض المؤمن من الشعور بالذنب والاكتئاب ، ولذا يجب توعيته بهذه الفروق ؛ حيث إن كثيراً من المرضى لايعلمون ، وليس عندهم الوعى الكافى والدراية اللازمة بأنه مرض ، وله علاج ناجح خاصة فى السنوات الأخيرة .

وأحياناً يقسم الوسواس إلى الراغبين فى التأكد Checkers، والراغبين فى الغسيل Washers ؛ حيث إن هذين العرضين هما أكثر الأعراض شيوعاً .

وقد وصف روث مجموعة من الأعراض ، سماها مجموعة أعراض القلق الخوفى واختلال الإنية Phobic-Anxiety-Depersonalization Syndorme ، وتظهر بعد أى صدمة انفعالية ؛ خصوصاً فى النساء فى منتصف العمر ، وتتميز بأعراض قلق ووساوس ومخاوف مرضية ، وتوهم علل بدنية ، وأعراض هستيرية واكتئابية ، مع الشعور بأن الأشياء تكبر أو تصغر عن حجمها العادى وأعراض أخرى شبيهة باضطراب الفص الصدغى فى المخ ؛ مما جعله يعتقد أن العلاج الوحيد لمثل

هذه الحالات ليس العلاج النفسى أو الكهربائى أو العقاقير ، بل تهدئة الفص الصدغى فى المخ بحقن بنتوثال فى الوريد ٤ مرات أسبوعياً لمدة أسبوعين أو ثلاثة .

نرى أحيـاناً حـالات دورية من الوسـواس القـهـرى ، تأتـى فـى نوبات ثم يتم شفاؤها تماماً ، ولايوجد بين النوبات أى أعراض للوسواس القهرى ، بل إن شخصية المريض غير قهرية ، ويحاول البعض ربط هذا النوع من المرض بالذهان الدورى أو الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب ، ويوجد بعض الاضطرابات عادة مـاتفسـر تحت الوسواس القهرى ، وذلك مثل جنون السرقة Kleptomania ، فهؤلاء المرضى تشدهم رغبة ملحة فى السرقة ، واندفاع قهرى نحو سرقة أشياء ليس لها قيمة .

وأذكر زوجة كانت تعترف لزوجها بأنها سرقت من هذا المحل مايساوى خمسة جنيهات ، وتجبر زوجها على أن يذهب ليدفع المبلغ بعد السرقة ، وأعتقد أن جنون السرقـة يخـتلف بعض الشىء عن مـرض الوسـواس القـهـرى ؛ لأنه على الرغم من معرفة المريض خطأه ، ومقاومته لقهرية الاندفاع إلا أنه يقوم به على العكس من معظم المرضى بالوسواس ، والذين لايستسلمون لاندفاعاتهم العدوانية أو الانتحارية .

وكـذلك جنون الحـرائق Pyromania ، وهنا يندفع المريض بطريقـة قـهـرية لإشعال الحرائق فى المنازل أو الحدائق أو الغابات ثم يسلم نفسه للبوليس ، ويعترف بأن ذلك كان اندفاعاً قهرياً ضد رغبته وقد حاول مقاومته عبثاً .

ونسمع الكثير عن جنون الشراب Dipsomania وهو الإنغماس فى شرب الخمر بطريقة قهرية بعكس الإدمان ، إذ هنا يحاول المريض مقاومة هذا الاندفاع القهرى ، ولكن عندما يبدأ فى الشراب لايستطيع التوقف ، ويأتى جنون الشراب فى نوبات يشفى المريض بعـدها تمامـاً ، ويتـجـه العلاج هنا إلى الاندفـاعـات القـهـرية وليس للإدمان .

وأخـــيــراً الجنون الجنسى Nymphomania فى المرأة ، أو Satyriasis عند الرجل ، وهى الرغبـة الملحـة أو الفكرة المسيطرة للعمليـة الجنسيـة ، والاندفاع نحـو إشباعـها مع أى شخص وفى أى مكان ، وتصاب السيدة أو الرجل بعد ذلك بالندم والخزى ، وتحاول مقاومة هذا الاندفاع ولكن يكون بهيئة قهرية تدفعها لتكراره المرة تلو الأخرى ، وستناقش تلك الأمراض بالتفصيل تحت عنوان اضطرابات التحكم فى الاندفاعات ، حيث إن جنون السرقة والحرائق والجنس يتبعان هذه الإضطرابات .

التشخيص الفارق :

عندما نواجه أى أعراض قهرية ، يجب التساؤل أولاً هل هذه الأعراض ثانوية لأمراض أخرى ، أم أنها أعراض قهرية أولية من مرض الوسواس القهرى؟ ولمعرفة ذلك يجب الاستماع للمريض وفحصه فحصاً جسمانياً ونفسياً بدقة شديدة ؛ إذ تظهر الأعراض القهرية بكثرة مع الأمراض العضوية مثل الحمى المخية ، وبعد إصابات الفص الصدغى فى المخ .

أذكر أحد المرضى ، الذى كان يعانى من جنون الحرائق ، وكان يعالج على أساس وسواس قهرى مسيطر ، ولكن ثبت بعد مدة أنه مصاب بورم فى الفص الصدغى فى المخ ، وكذلك اضطرابات العقد القاعدية ، مثل : الشلل الاهتزازى ، الرقص الروماتزمى (كوريا) ، اللوازم العصبية .

وكثيراً مايبدأ الاكتئاب بأعراض قهرية خاصة فى متوسط العمر ، وتكون النوبات متكررة وتصاحبها الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية لمرض الاكتئاب، كذلك الشعور بالذنب وتأنيب الضمير .

ويصعب التشخيص أحياناً عندما تبدأ الأعراض القهرية ، فى شخصية انطوائية، مع اضطراب السلوك وغموض الأفكار القهرية ، خاصة إذا صاحبتها بعض الأعراض الخيلائية ، فهنا يتجه التشخيص نحو الفصام أو اضطراب فصامى الطبع، ويجب تقرير ذلك فى بدء الأمر ؛ حيث إن علاج هذا المرض يختلف تماماً عن الوسواس القهرى .

ويتضح لنا تفاعل الأعراض القهرية مع معظم الأمراض النفسية والعقلية ، فيصاب مريض الوسواس القهرى بالاكتئاب ، وكذلك يفجر مرض الاكتئاب الذهانى أعراضاً قهرية ، ثم أن بعض مرضى الوسواس القهرى يصابون باضطراب شبيه بالفصام وكذلك ، فالفصام يبدأ أحياناً بأعراض قهرية .. وهكذا .

مصير المرض :

يلخص هذا الجدول معظم الأبحاث بالنسبة لمآل مرض الوسواس القهرى :

الباحث	المكان	عدد المرضى	مدة المتابعة	شفاء	المصير	
					تحسن	لاتغير
جريمشو ١٩٦٥	إنجلترا	٩٧	١–١٤ سنة	٦٪	٥٨٪	٣٦٪
اناجرام ١٩٦١	إنجلترا	٤٦	١–١١ سنة	٩٪	٣٠٪	٦١٪
كرنجان ١٩٦٥	النرويج	٨٥	١٣–٢٠ سنة	٤٪	٤٥٪	٤٥٪
لو ١٩٧٦	هونج كونج	٨٧	١–١٤ سنة	٣٠٪	٣٦٪	٤٤٪
مولر ١٩٥٢	سويسرا	٥٧	١٥–٣٥ سنة	٢٨٪	٥٠٪	٢٢٪
بوليت ١٩٥٧	إنجلترا	٦٦	١–١٥ سنة	٢٤٪	٤٨٪	٢٨٪
رني ١٩٥٣	الولايات المتحدة	٤٧	٢٠ سنة	٣٦٪	٣٨٪	٢٦٪
رودين ١٩٥٣	ألمانيا	١٣٠	٢–١٦ سنة	١٣٪	٢٦٪	٦١٪
عكاشة ١٩٦٩	مصر	٨٤	١–٥ سنة	١٥٪	٥٠٪	٣٥٪
عكاشة ١٩٩٥	مصر	١٠٤	٥–١٠ سنة	٣٥٪	٤٥٪	٢٠٪

ويلاحظ هنا تأثير العلاج الحديث فى تحسن المآل .

مآل المرض :

نستطيع أن نقول إجمالاً إنه قبل خمس وعشرون عاماً ، كان حوالى من نصف إلى ثلث الحالات تتحسن فى غضون الخمس سنوات ، على الرغم من كافة أنواع العلاج ، ويبدو أن هذا التحسن يحدث بغض النظر عن الطرق المتبعة فى العلاج ، والتى أعتقد أن تأثيرها يرتكز على تقليل التوتر والقلق والاكتئاب المصاحب للوسواس ، تاركاً الوسواس ليشفى تلقائياً ، وقد ينظر سابقاً لمصير الوسواس القهرى على أنه أسوأ من باقى الأمراض النفسية ، ولكن الأبحاث أثبتت أن مآل المرض يوازى بقية الأمراض العصابية.

والجدير بالذكر هنا هو تحول بعض حالات الوسواس القهرى إلى مرض شبيه بالفصام ، ويختلف العلماء فى تفسير مدى هذا التحول ، وتتراوح النسبة من ١-١٢٪. أما فى بحثنا فى مصر .. فقد وجدت أن ٨٪ من الحالات قد تحولت فى غضون خمس سنوات من الوسواس القهرى إلى أعراض ذهانية شبيهة بالفصام وعادة مايطلق عليه ذهان غير محدد أو غير نموذجى .

وتفيد الأبحاث الحديثة وعلاج المتابعة أن حوالى ٧٠-٨٠٪ من مرضى الوسواس القهرى يتماثلون للتحسن والشفاء ، بعد استعمال العقاقير المثبطة لاسترجاع السيروتونين (SSRI) ، والتى تزيد من السيروتونين فى المستقبلات العصبية مع العلاج السلوكى . ولكن للأسف تزيد نكسة المرض بعد التوقف عن العلاج الكيمائى والسلوكى ، ويجب أن يستمر العلاج لمدة لاتقل عن سنة ، وقد يمتد إلى عدة سنوات.

ويعتقد أنسل ١٩٩٠ أن الذهان الناتج عن الوسواس القهرى يختلف أساساً عن الفصام ، ويحتمل أن يكون نوعاً مستقلاً من الذهان ، له مسبباته البيئية ومصيره مختلف عن الفصام ، وقد لاحظت ذلك أيضاً فى عدد كبير من الحالات ، حيث استمرت شخصية المريض متكاملة حتى فى وجود الذهان ، ولم يحدث أى تدهور فى السلوك أو الشخصية ، وهذا يختلف عما يحدث فى الفصام . ويبدو أن هذا الذهان له علاقة بدرجة البصيرة ، ويسمى أحياناً بالوسواس الضلالى ، حيث أحياناً مايتحول الوسواس من طول المدة إلى اعتقاد خاطئ . وهنا تنعدم المقاومة والبصيرة ، ويطلق فى أمريكا على الوسواس الذهانى ، الوسواس المصحوب بعدم البصيرة.

العـــــلاج :

(١) العلاج النفسى :

يحتاج مريض الوسواس القهرى للعلاج النفسى ؛ لتفسير طبيعة الأعراض ، وتشجيعه وطمأنته بأن حالته بعيدة عن الجنون ، والتقليل من خوفه على ملكاته العقلية ، مع محاولة الكشف عن العوامل الدفينة التى أدت إلى هذه الأعراض ، والمعنى الرمزى لأعراضه .

والحق أن ادعاءات رواد التحليل النفسى متواضعة بالنسبة لعلاج هذا المرض عن طريق التحليل النفسى ؛ نظراً لما يواجهه المحلل من صعوبات مع هؤلاء المرضى.

وقد لخص فينيكل فى عام ١٩٣١ هذه الصعوبات كالآتى :

(أ) صعوبة عملية الطرح ، وبالتالى عدم وجود الألفة العاطفية بين المريض والمحلل .

(ب) التغير المستمر فى أعراض المريض ؛ مما يجعل الاستمرار فى تحليل الأعراض صعباً إلى حد ما .

(جـ) لايستطيع المريض الاسترخاء التام لعملية التداعى الحر ؛ نظراً لملاحظته الدائمة لكلامه وسلوكه ، ونقده الذاتى لطبيعة شخصيته القهرية .

(د) يعتمد المحلل فى علاجه على استعمال الجزء المتكامل فى الشخصية للتقدم البطئ فى التحليل ، وفى حالات الوسواس القهرى المزمن تكون الشخصية قد تداخلت مع المرض بطريقة ، يستحيل معها فصل أى جزء متكامل منها للنفاذ إلى العلاج التحليلى .

(هـ) يستحيل على المريض أن يقتنع بالنزول من برجه العاجى ، أو أن يترك سيطرة مثاليته ، ومايطالب به نفسه لتحقيق المطالب المثالية .

وعلى الرغم من التحدى الظاهر لعلاج اضطراب الوسواس القهرى بالتحليل النفسى ، إلا أنه مازال البعض يحاول العلاج بهذه الطريقة ، أملاً فى تخفيف الأعراض والتقليل من آلام المريض ، ولو أنى أعتقد أنه يمكن الوصول إلى النتيجة نفسها بواسطة العلاج النفسى السلوكى المعرفى ، والذى لايتطلب الوقت والمال والجهد مثل التحليل النفسى .

(٢) العلاج البيئي والاجتماعي :

يحتاج المريض أحياناً إلى تغيير مكان العمل أو السكن ؛ حتى يبتعد عن مصدر الوسواس ؛ خاصة إذا كانت له علاقة بالخوف من الأمراض أو التلوث بالميكروبات ، أو طقوس حركية خاصة . وبالطبع فهذا النوع من العلاج وقتى ولايستأصل المرض جذرياً ؛ لأنه سرعان ماتعود الأعراض ثانية ، على الرغم من تغيير البيئة .

(٣) العلاج الكيميائى :

تفيد العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب والأدوية المطمئنة الكبرى أحياناً فى اختفاء التوتر ، والاكتئاب المصاحبين للوسواس ؛ مما يجعل المريض قادراً على مقاومته ، راغباً فى الاستمرار فى نشاطه الاجتماعى . وقد استطاعت هذه العقاقير أن تخفف بعض آلام آلاف المرضى ، وجعلتهم يتكيفون اجتماعياً ، على الرغم من استمرار الوسواس .

وقد ظهرت حديثاً العقاقير المضادة للاكتئاب ، والتى لها خاصية زيادة الموصل العصبى السيروتونين (انافرانيل – بروزاك – فافارين – لسترال) ، وأثبتت فاعليتها فى علاج الوسواس القهرى ، مقارنة بالعقاقير الأخرى المضادة للاكتئاب ، والتى تتلخص فاعليتها فى تخفيف القلق والاكتئاب ، دون التأثير على الوسواس ، كذلك العقاقير التى ترفع من نسبة النورأدرنيالين مثل إفكسور وسيمبالتا.

إن الأنافرانيل وهو أرخص العلاجات ، له فاعلية مماثلة للعقاقير المثبطة لاسترجاع السيروتونين (SSRI) وهى باهظة الثمن ، ولكنه يتميز بظهور أعراض جانبية كثيرة ، مثل : جفاف الحلق ، الإمساك ، صعوبة التبول والقذف ، وبعض التغيرات فى رسم القلب ، أما العقاقير الحديثة فقد ثبتت فاعليتها ، بل وشفاء المريض فى حوالى من ٧٠–٨٠٪ من الحالات ، ولكن يفضل تناولها مع العلاج السلوكى ، وتعطى هذه العقاقير فى جرعة واحدة (البروزاك ٢٠–٦٠ مجم، واللسترال ٥٠–١٥٠مجم) ، وتتميز بقلة الأعراض الجانبية .

وقد ثبت بتصوير المخ أن العلاج الدوائى أو العلاج السلوكى يعيد مجرى الدم المرتفع فى الفص الجبهى فى المخ إلى طبيعته الأولى قبل المرض .

(٤) العلاج الكهربائى :

لاتفيد الجلسات الكهربائية فى علاج الوسواس القهرى ولكنها تحسن الأعراض الاكتئابية والأفكار السوداوية ، التى تصاحب المرض ، ولانلجأ إلى الكهرباء إلا فى

الحالات ، التى يخشى منها على صحة المريض النفسية من الناحية الاكتئابية .

(٥) العلاج السلوكى :

وقد سبق الكلام عنه فى القلق النفسى ، وسنشرحه بالتفصيل مع علاج الأمراض العصابية ، ويصلح هذا العلاج خاصة فى حالة المخاوف والطقوس القهرية، إما بالتحصين البطئ أو التعرض المباشر ، ثم الامتناع Exposure-Prevention ، وهو المفضل فى حالة الوسواس القهرى ، ويعطى مابين ١٢-١٦ جلسة ، بواسطة أحد المتخصصين فى العلاج السلوكى ، ونتائج هذا العلاج ناجحة خاصة فى الطقوس القهرية مثل الغسيل والوضوء

ويدعى بعض رواد المدرسة السلوكية تشابه نتائجه مع العلاج الدوائى ، ولكن الاتفاق العالمى هو تصاحب العلاجين ؛ خاصة لمنع النكسات عند توقف الدواء .

(٦) العلاج الجراحى :

إن العملية الجراحية التى سبق التحدث عنها مع القلق النفسى تأتى بأحسن نتائجها مع الحالات المنتقاة من الوسواس القهرى ، والتى يجب أن تكون فيها الشخصية متكاملة ودرجة التوتر والقلق شديدة ، مع القدرة على التكيف مع المجتمع ، وفشل سبل العلاج السابقة ، فهنا يكون التدخل الجراحى ذو أهمية فاصلة؛ لأنه سيعيد للمريض قدراته على الاستمرار فى نشاطه الاجتماعى ، وصحيح أن هذه العملية لاتشفى ، ولكنها تجعل المريض غير مكترث بالأعراض ، ولايصحبها حينئذ أى قلق أو توتر ، ومن ثم تجعل منه عضواً نافعاً فى المجتمع مرة ثانية، وتأتى الجراحة بأحسن نتائجها فى الوسواس إن هاجم الجراح التلفيف الحزامى أو السطح الحجاجى من الفص الجبهى بواسطة الكى الكهربائى بالليزر من خلال فتحة فى الجمجمة دون الحاجة إلى جراحة أو قطع ألياف عصبية .

(٧) استجابة الكرب (المشقة) الشديد واضطرابات التوافق

7. Reaction to Severe Stress and Adjustment Disorders

يتضمن هذا الجزء اضطرابات لاتتميز فقط على أساس الأعراض والمسار، ولكن أيضاً على أساس الأسباب ؛ فقد يؤدى حدث شديد الكرب بشكل استثنائى إلى استجابة كرب حادة ، أو يؤدى إلى تبدل فى الحياة ذو دلالة على ظروف غير مواتية مستمرة ، يترتب عليها اضطراب فى التوافق .

وعلى الرغم من أن إجهاداً نفسياً اجتماعياً أقل شدة (أحداث حياتية) قد يرسب البـداية ، أو يسـاهم فـى ظهـور نطاق واسع جـداً من الاضطرابات المصنفـة مع العصاب.. إلا أن أهميتها كسبب ليست دائمة ، وتعتمد فى كل حالة على الاستعداد الفردى وفرط الحساسية ؛ بمعنى أنها ليست بالضرورة كافية لتفسير حدوث الاضطراب وشكله.

وعلى العكس .. فإن الاضطرابات المذكورة معاً هنا يعتقد أنها دائماً تأتى كنتيجة مباشرة لكرب حاد شديد أو حادث مستمر ، فالحدث شديد الإجهاد أو الظروف المستمرة غير المريحة هى العامل السببى الأول والأساسى ، ولولا تأثيرها لما ظهر الاضطراب أصلاً .

ويتضمن هذا الجزء استجابات الكرب الشديد واضطراب التوافق فى كل المجموعات العمرية بما فيها الأطفال والمراهقين .

وعلى الرغم من أن كل عرض منفرد يشكل جزءاً من استجابة الإجهاد الحاد ، وإن استجابة التوافق قد تظهر أيضاً فى اضطرابات أخرى ، إلا أن هناك سمات معينة تميز ظهور الأعراض ، وتبرر تضمين هذه الحالات فى وحدة سريرية واحدة .

أما الحالة الثالثة فى هذا الجزء ، وهى «اضطراب إجهاد مابعد الصدمة» فله سمات سريرية معينة ومميزة نسبياً ، ولذا فإن الاضطرابات فى هذا الجزء يمكن اعتبارها استجابات سوء توافق مع إجهاد شديد أو مستمر ، من حيث : تداخلها أو اعاقتها لآليات التوافق الناجحة ، وبالتالى فهى تؤدى إلى خلل فى الأداء الاجتماعى .

(أ) استجابة الكرب الحادة

(الاستجابة الحادة لكرب حاد أو لمشقة)

Acute Stress Reaction

هو اضطراب عابر ، على درجة دالة من الشدة ، ويتكون دون وجود أى اضطراب عقلى واضح آخر كاستجابة لكرب جسمى أو عقلى جسيم ، والذى يخمد عادة خلال ساعات أو أيام ، وقد يكون مسبب الكرب عبارة عن تجربة حادث شديد ، يحمل تهديداً خطيراً لأمان أو سلامة الشخص أو أحد أحبائه (على سبيل المثال كارثة طبيعية أو حادث أو اعتداء اجرامى أو اغتصاب) ، أو تغيراً مفاجئاً فى الوضع الاجتماعى أو الهيكلى للشخص (على سبيل المثال موت عدد من الأفراد ، حريق بالمنزل ... إلخ) .

ويزداد احـتـمـال الإصـابـة بهـذا الاضطراب ، إذا تواكب مـع إجـهـاد جـسـمى أو عوامل عضوية (على سبيل المثال فى كبار السن) .

ويلعب الاستعداد الشخصى والقدرة الشخصية على التعامل مع الأشياء دوراً فى ظهور استجابات الكرب الحادة وشدتها ، كما يدل على ذلك أنه ليس كل من يتعرض لكرب شديد يصاب بالاضطراب .

وتظهـر الأعـراض تبايناً شديداً ، ولكن الأعـراض النموذجـيـة تتضـمن حـالة ابتدائية من الذهول ، مع بعض الضيق فى مـجـال الوعـى والانتباه وعدم القدرة على فهم المنبهات وتشوش الإدراك .

وقـد يلى هذه الحـالة إمـا انسـحـاب مـتـزايد من المـوقف المحيط (يصل إلى حد السـبـات الانشـقـاقى) ، أو تهـيج وزيـادة نشـاط (اسـتـجـابـة هروب أو شـرود) ، وتشـيع أعراض زيـادة نشـاط الجـهـاز العصـبى المسـتقل المميـز لقلق الهلع (سرعـة ضـربـات القلب، عـرق ، التـورد) ، وتظهـر الأعـراض عـادة خـلال دقـائق من حـدوث المنبـه أو الحدث شديد الكرب ، وتـختفى خلال يومين أو ثلاثة أيام (وكثيراً فـى خـلال سـاعـات) ، وقد يحدث فقدان ذاكرة جزئى أو كلى بالنسبة للنوبة .

مـؤشـرات تـشـخـيـصـيـة :

يجـب أن توجـد فـتـرة زمـنيـة مـبـاشـرة وواضـحـة بين وقـوع الحـدث وبـداية الأعـراض ، وهى عـادة لاتتـجـاوز بضع دقـائق ، (إن لم تكن فـورية)- بالإضـافـة إلى ذلك، فإن الأعراض :

(١) تعكس نمطاً مـختلطاً وغـالباً مـتـغيراً ، فبالإضـافة إلى حـالة شدة الذهول الابتـدائية قـد يشـاهد اكـتـئـاب وقلق وغـضـب ويأس وزيـادة فى النشـاط أو انسـحـاب، ولكن لاتستمر هذه الأعراض بارزة لفترة طويلة .

(٢) تخـفت سريعاً (فى خلال بضع سـاعـات على الأكـثـر) فى تلك الحـالات ، التى يمكن إبعادها عن المحيط مـحل الوطأة، أمـا فى الحالات التى تـستمر فيهـا الوطأة وتكون بـحكم طبـيـعـتـهـا غـيـر قـابلة للانعكاس ، فـإن الأعـراض عـادة تبـدأ فى النقصان بعد ٢٤–٤٨ساعة ، وتصبح ضئيلة جداً عادة بعد حوالى ٣ أيام .

ولايسـتـخـدم هذا التشـخـيص لوصـف التـفـاقـمـات المفـاجـئـة فى الأفـراد ، الذين يظهـرون أعـراضـاً تسـتـوفى شـروط أى اضطراب نفسى آخـر ، عـدا الأعـراض المذكورة تحت اضطراب الشخصية ، ومع ذلك فإن وجود تاريخ اضطراب نفسى

سابق لايحول دون استخدام هذا التشخيص .

يتضمن :

- استجابة أزمة حادة .
- استجابة حادة لكرب .
- هذيان الإجهاد .
- حالة أزمة .
- صدمة نفسية .



Acute Stress Reaction

الإستجابات الحادة للكرب

(ب) اضطراب الكرب بعد أو عقب صدمة

Post-Traumatic Stress Disorder

يظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر أو ممتد زمنياً لحدث أو إجهاد ذى طابع، يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية ، وينتظر منه أن يحدث ضيقاً عاماً لأى شخص (على سبيل المثال كارثة طبيعية أو اعتقال أو تعذيب بفعل الإنسان ، حرب ، حادثة شديدة، إغتصاب ، مشاهدة موت آخرين بطريقة وحشية ، وإن وجدت عوامل مرسبة للزملة مثل سمات الشخصية : القهرية والواهنة) ، أو تاريخ سابق للعصاب فقد يزيد ذلك من احتمال ظهور الأعراض أو تفاقم مسارها ، ولكن تلك العوامل غير ضرورية وغير كافية لتفسير ظهورها .

تتضمن الأعراض النمطية نوبات من اجتـرار الحادث ، من خلال ذكريات اقتحامية (ارتجاعات زمنية) مع أحلام أو كوابيس ، والتى تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالخدر والتبلد الانفعالى ، والانفصال عن الآخرين ، وعدم الاستجابة للعالم المحيط ، وعدم التمتع مع تجنب النشاطات والمواقف التى قد تذكر بالحادث . وعادة مايكون هناك خوف وتجنب لرموز قد تذكر المصاب بالحادث الأصلى ، ونادراً ماتكون هناك تفجرات عاطفية مفاجئة أو إعادة تمثيل مفاجئة للحادث أو الاستجابة الأصلية له ، كما يكون هناك عادة حالة من فرط اليقظة والنشاط بالجهاز العصبى اللاإرادى وتعزيز لرد فعل إجفال .

ويشيع تزامل القلق والاكتئاب مع الأعراض والعلامات المذكورة أعلاه ، كما أن التفكير بالانتحار ليس نادراً ، وقد تزداد الحالة تعقيداً باللجوء إلى استخدام العقاقير أو الإفراط فى تعاطى الكحول ، وقد لوحظ ذلك فى الجنود الأمريكيين العائدين من حرب العراق .

تبدأ الحالة بعد فترة كمون قد تتراوح بين بضعة أسابيع وشهور (لكنها نادراً ماتتجاوز ستة أشهر) ، المسار يكون متذبذباً ، ولكن يمكن توقع الشفاء فى أغلب الحالات ، وفى نسب صغيرة من الأشخاص ، قد تأخذ الحالة مساراً مزمناً على مدى سنوات كثيرة ، وتتحول إلى تغير دائم بالشخصية .

مؤشرات تشخيصية :

لايجب تشخيص هذه الحالة إلا إذا توافر لدينا دليل على حدوثها فى خلال ستة أشهر من وقوع صدمة ذات وطأة استثنائية الشدة . وقد يبقى احتمال التشخيص وارداً إذا طالت الفترة بين الحدث وبداية الحالة عن ستة أشهر ، شرط أن تكون المظاهر السريرية نموذجية ، مع عدم احتمال وجود تشخيص بديل للاضطرابات (على سبيل المثال حالة قلق أو وسواس قهرى أو اكتئاب) .

وبالإضافة إلى وجود دليل على الحدث ، يجب أن تتوافر استعادة متكررة للحدث أو إعادة تمثيل له ، من خلال الذكريات أو أحلام اليقظة أو الأحلام . وكثيراً مايوجد أيضاً انفصال انفعالى وتخدر فى الإحساس وتجنب للمنبهات ، التى قد تثير استرجاع الحادث ، ولكنها ليست كلها ضرورية للتشخيص ، وكذلك .. فإن اضطرابات الجهاز العصبى المستقل ، واضطراب المزاج وغرائب السلوك .. كلها عوامل مساهمة فى التشخيص ، ولكنها ليست ذات أهمية رئيسية .

أما العواقب المزمنة المتأخرة للكرب الشديد ؛ أى تلك التبعات التى تستمر واضحة لعقود زمنية بعد الخبرة شديدة الإجهاد ، فيجب تصنيفها حسب نوعية الاضطراب .

(جـ) **اضطرابات التوافق** Adjustment Disorders :

هى حالات من الضيق الذاتى والاضطراب الانفعالى ، غالباً ماتتداخل مع الوظيفة والأداء الاجتماعى ، وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغير ذى دلالة فى الحياة أو مع تبعات حادث حياتى شديد الإجهاد .

وقد يترك الحادث أثراً فى تكامل النسيج الاجتماعى للشخص (موت عزيز، خبرات انفصال) ، أو فى الشبكة الأوسع من الدعامات والقيم الاجتماعية (هجرة ، وضع اللاجئين) ، أو يعكس أزمة أو نقطة تحول عظيمة فى مسار نماء الفرد (دخول المدرسة ، خبرة الأبوة أو الأمومة ، الإخفاق فى الوصول إلى هدف شخصى ذى قيمة عالية ، الإحالة إلى المعاش) .

ويلعب الاستعداد الشخصى للفرد دوراً أساسياً فى تحديد احتمال حدوث وتشكيل مظاهر اضطرابات التوافق ، ومع ذلك فالمفترض أن الحالة ماكانت لتحدث دون وقوع الحدث الشديد الكرب ، وتتباين مظاهرها وتتضمن المزاج الاكتئابى والقلق والانزعاج (أو خليط منهما) ، مع إحساس بعدم القدرة على التعامل مع الأشياء أو التخطيط للمستقبل أو الاستمرار فى الوضع الحالى ، مع بعض الاختلال فى الأداء اليومى ، وقد تصحبها اضطرابات فى المسلك مثل السلوك العدوانى أو غير الاجتماعى، خاصة عند المراهقين .

وقد تأخذ السمة الأساسية شكل اختلال فى أى من الانفعالات الأخرى أو السلوك ، ولايشكل وجود أى من تلك الأعراض سواء فى شدتها أو مدى بروزها مبرراً لتشخيص آخر أكثر تحديداً ، وكثيراً ماتكون النزعة إلى النكوص إلى أنماط السلوك الطفولى مثل التبول بالفراش ومص الإبهام جزءاً من نمط الأعراض عند الأطفال .

ويبدأ الاضطراب غالباً خلال شهر من ظهور الحدث شديد الكرب أو التغير فى الحياة ، ولاتتجاوز فترة الأعراض عادة الستة أشهر إلا بالنسبة للاستجابة الاكتئابية المطولة ، وإذا استمرت مدة الأعراض ، ينبغى تغيير التشخيص تبعاً للصورة

الإكلينيكية الموجودة .

مؤشرات تشخيصية :

يعتمد التشخيص على تقييم دقيق للعلاقة بين :

(١) شكل ومضمون وشدة الأعراض .

(٢) التاريخ السابق والشخصية .

(٣) الحدث الشديد ، الإجهاد ، أو الموقف أو الأزمة الحياتية .

ويجب التأكد من وجود الأخيرة بوضوح ، ويجب أن يتوافر دليل قوى ، حتى وإن كان افتراضياً ، على أن اضطراباً ماكان ليحدث لولاها ، أما إذا كان الحدث بسيطاً نسبيّاً ، أو إذا لم يمكن توضيح الصلة الزمنية (ليست أقل من ثلاثة شهور) ، عندئذ تصنف الاضطرابات فى مكان آخر ، تبعاً للسمات الواضحة فيها كالآتى :

(١) استجابة اكتئابية قصيرة :

BRIEF DEPRESSIVE REACTION

وهى حالة اكتئابية خفيفة عابرة لاتتجاوز الشهر .

(٢) استجابة اكتئابية ممتدة :

PROLONGED DEPRESSIVE REACTION

وهى حالة اكتئابية خفيفة تحدث للتعرض الطويل لموقف شديد الكرب ، ولكن تستمر لفترة أطول من ستة شهور .

(٣) استجابة قلق واكتئاب مختلطة :

MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE REACTION

وتبرز فيها كلاً من أعراض القلق والاكتئاب ، ولكن بدرجات لاتتجاوز تلك الدرجات المعينة فى اضطراب القلق المختلط .

(٤) مع اضطراب بارز فى مشاعر أخرى :

WITH PREDOMINANT DISTURBANCE OF OTHER EMOTIONS

تتميز الأعراض بأنواع متعددة من المشاعر ، مثل : القلق والاكتئاب والانفعالات والتوتر والغضب . قد تستوفى أعراض القلق والاكتئاب معايير

اضطراب القلق والاكتئاب المختلط أو اضطراب قلق مختلط آخر ، ولكنها ليست غالبة بالدرجة ، التى تسمح بتشخيص اضطرابات قلق أو اكتئاب أخرى ، والتى تتضمن سلوكاً نكوصياً مثل بلل السرير أو مص الإبهام .

(٥) مع اضطراب غالب فى المسلك

WITH PREDOMINANT DISTURBANCE OF CONDUCT

ويشمل الاضطراب الأساسى فيه اضطراب المسلك مثل استجابة أسى فى شخص مراهق ، تؤدى إلى سلوك عدوانى أو غير اجتماعى .

(٦) مع اضطراب مختلط فى المشاعر والسلوك :

WITH MIXED DISTURBANCE OF CONDUCT AND EMOTIONS

وتظهر فيه كلاً من أعراض المشاعر واضطراب المسلك كسمات بارزة .

(٧) أعراض غالبة معينة أخرى :

OTHER SPECIFIED PREDOMINANT SYMPTOMS

يتضمن : صدمة حضارية .

استجابة أسى .

المستشفيات فى الأطفال (دخول الأطفال المستشفيات) .

العلاج :

يشمل العلاج النفسى والدوائى والاجتماعى ، ولايوجد علاج مميز لهذه الاضطرابات ، ولكن يعطى العلاج المناسب لأهم الأعراض من مضادات القلق أو الاكتئاب أو المطمئنات ، وأحياناً عقار الليثيوم أو مضادات الصرع ، ويكون مصحوباً بالتفريغ النفسى أثناء العلاج النفسى .

(٨) الاضطرابات الانشقاقية والتحولية

8. Dissociative and Conversion Disorders

(الهستيريا)

(Hysteria)

يثير لفظ هستيريا لدى القارئ العادى كثيراً من التساؤلات والمخاوف ، بل يعتبرها البعض إهانة بالغة يقصد بها اتهام الإنسان بالجنون أو بالسلوك غير السوى ، وتستعمل كلمة هستيريا بواسطة غير المتخصصين لوصف كثير من التصرفات العشوائية ، والتهور ، والصراخ ...

ولكن إذا درسنا الهستيريا كمرض نفسى ، له أساسه الطبى والفسيولوجى والاجتماعى ، فسنواجه عدة صعوبات فى تعريف المرض ، وكيفية نشأته ، وسنصل إلى ذروة هذه الصعوبة فى تفسير المجالات المنتشرة هذه الأيام ، حول ما إذا كانت الهيستيريا مرضاً مستقلاً بذاته ، أم أنها أعراض مختلفة تسببها أمراض نفسية وعقلية وعضوية مختلفة ، وسنناقش ذلك بالتفصيل خلال هذا الفصل .

وتعرف الهستيريا على أنها مرض عصابى أولى ، يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لاشعورية ، ويكون الدافع فى هذه الحالة الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام ، أو الهروب من موقف خطير ، أو تركيز الاهتمام على الفرد كحماية له من الألم النفسى الشديد ، وعادة مايظهر هذا المرض فى الشخصية الهستيرية ، التى تتميز بعدم النضوج الانفعالى مع القابلية للإيحاء ، ولايعنى ذلك أنها لاتظهر فى الشخصيات الأخرى ، بل وجد من خلال التجارب الإكلينيكية ، إن كل فرد مهيأ للأعراض الهستيرية تحت الإجهاد والشدة ، ولكن تختلف عتبة الفرد حسب استعداده الخاص ، وشدة الموقف .

يعتقد البعض أن فهم مرض الهستيريا يتيح للدارس أن يهيئ لنفسه مدخلاً سليماً ، ورؤية واضحة لكل أمراض الطب النفسى والعقلى ؛ نظراً لما تهيئه دراسة هذا المرض من التعمق فى مغاور النفس البشرية ، وكذلك علاقة هذا المرض بكافة الأمراض العقلية والعضوية والتغيرات الفسيولوجية فى الإنسان .

وقد وصف الأقدمون مرض الهستيريا بتفصيلات مذهلة ؛ مما يتيح لنا دراسة تاريخ ونشأة هذا المرض .

فقد اشتق لفظ (هستيريا) من الكلمة اليونانية «هسترون» ، وتعنى الرحم لأن الفكرة الشائعة فى ذلك الوقت كانت أن هذا المرض يصيب النساء فقط بسبب انقباضات وتحركات الرحم داخل جسم المرأة ، وبالطبع فقد ثبت خطأ هذه التسمية، لأن مرض الهستيريا يظهر فى الرجال ، ولو أنه أكثر شيوعاً فى النساء ، وليس له علاقة بالرحم .

وتلعب وثائق قدماء المصريين الطبية دوراً كبيراً فى إيضاح نشأة ومعنى هذا المرض ، ونستمد معلوماتنا عن الطب عند قدماء المصريين من مخطوطات أوراق البردى المتاحة لدينا .

ومن أهم وأقدم هذه الأوراق والتى تناقش مرض الهستيريا بوجه خاص ، بردية كاهون Kahun ، نسبة إلى المدينة المصرية القديمة ، والتى أكتشفت بها هذه البردية ، ويرجع تاريخها إلى عام ١٩٠٠ قبل الميلاد ، وقد وصف مرض الهستيريا تحت عنوان أمراض الرحم ، وكثير من الأعراض والأمراض التى تم وصفها بالتفصيل ، نستطيع أن نعرضها الآن ، وكأنها أعراض هستيرية .

ولكن بالطبع لم توصف فى هذا الوقت بهذه الكيفية ، وكان الاعتقاد الشائع فى هذه الآونة ، أن كثيراً من الاضطرابات السلوكية تترابط مع الأعضاء التناسلية، خاصة مع حركات الرحم ، وإليك بعض ماذكر فى هذه البردية :

«تلك المرأة التى تعشق الفراش ، وتنام دون حركة أو اهتزاز ولاتنهض منه أبداً» وأخرى «لاتستطيع الرؤية مع ألم فى الرقبة» وثالثة «تشكو من آلام فى الفك والأسنان ولاتستطيع فتح فمها» وأخيراً «المرأة التى تشكو من أوجاع فى أطراف الجسم مع آلام فى مقلة العين» .

وساد الاعتقاد حينئذ بأن سبب هذه الأعراض هو حالة «الجوع» التى يعانى منها الرحم بسبب انتقاله إلى مكان أعلى ؛ مما أدى إلى الضغط وازدحام الأعضاء الحشوية واتجه العلاج بالطبع إلى إطعام هذا الرحم أو إرجاعه إلى مكانه الأصلى ، وذلك بوضع مواد وروائح نفاذة فى المهبل حتى تنقبض عضلات الرحم وتعود إلى مكانها الأصلى .

وقد ذكرت الأعراض الهستيرية والنفسية فى أكبر موسوعة طبية عند قدماء المصريين، ونعنى هنا بردية إيبرس Ebbers والتى تختص بأمراض القلب حيث كانت كل الأمراض النفسية تؤول إنها نابعة من القلب، نسبة إلى العالم الألمانى الذى

اكتشفها ، ويعود تاريخها إلى القرن السادس عشر قبل الميلاد ، ويتفق وصف وعلاج الأعراض الهستيرية (أمراض الرحم) مع بريدة كاهون السابق ذكرها ، وعلى الرغم من ذكر معظم الأمراض الهستيرية فى كتابات قدماء المصريين .. إلا أنهم وضعوها تحت أمراض الرحم ، ولم يستعمل لفظ هستيريا إلا فى كتابات أبقراط «أبو الطب» اليونانية ، الذى ولد فى عام ٤٦٠ق.م .

وقد أوضحت المخطوطات اليونانية علاقة الهستيريا بالحرمان الجنسى ، والتغيرات العضوية التى تحدث فى الرحم ، ومن ثم جفاف الرحم ، وانكماشه ، ثم تحركاته للبحث عن الرطوبة فى أعلى البطن ؛ مما يؤثر على النفس ، فإذا توقف الرحم فى البطن ، فتصاب المرأة هنا بنوبات تشنجية صرعية ، أما إذا صعد إلى أعلى والتصق بالقلب ، فيشعر المريض بالقلق والاختناق والفزع ، أما إذا اتحد مع الكبد فتفقد المريضة صوتها ، وتجز على أسنانها ، ويصبح لونها رمادياً شاحباً ، أما إذا وجد ملاذه فى الجانب ، فتشعر المرأة بكرة صلبة أو تورم بجانبها ، وإذا صعد إلى الدماغ فيسبب ذلك آلاماً فى الرأس ، وحول العين ، والأنف ، مع الشعور بالدوار وثقل الرأس والكسل الشديد ، ويزيد على هذه الأعراض النوعية أن حركة الرحم فى حد ذاتها تسبب زيادة فى ضربات القلب ، وكثرة العرق مع تشنجات عضلية .

وكان العلاج عند قدماء اليونان يجرى على نظرية قدماء المصريين نفسها من إرجاع الرحم إلى مكانه الأصلى ، بواسطة الروائح أو المواد المعطرة والنفادة من خلال المهبل .

أما فى العصور الوسطى ، فقد استبعد الكهنة والفلاسفة فى هذا الوقت التفسير شبه العلمى لقدماء المصريين واليونان ، وآمنوا بأن سبب هذا المرض هو احتواء الأرواح الشريرة لهؤلاء المرضى ، وأنهم فريسة لتقمص قوى خارجية سحرية ميتافيزيقية ، وأن الشيطان قد تملكهم ، ومن هنا بدأ المرضى يعانون أشد أنواع العذاب والقسوة ، ومن ذلك حلق شعور النساء ، والالتفاف من حولهن فى الشوارع ، والهجوم عليهن ، ورجمهن بالحجارة ، وأحياناً قتلهن وحرقهن أحياء ..

وكان ينظر إليهن نظرة دونية ، وكأنهن مخلوقات من كوكب آخر ، أو لاينتمين لجنس البشرية بأى صلة ، وللأسف الشديد أنه حتى فى القرن العشرين – وفى زمننا الآن – ينظر الكثير من العامة لمرضى الأمراض النفسية والعقلية بعقلية القرون الوسطى المظلمة نفسها .

وبدأت هذه الأفكار تنهار خلال القرن السابع عشر ، خاصة عندما أعلن شارل لبوا Charles Lepois طبيب الملك هنرى الثانى ، أن مرض الهستيريا يصيب الجنسين خلال مراحل العمر المختلفة ، وأن مصدر المرض هو المخ وليس الرحم .

وبدأ التقدم الواضح فى فهم الهستيريا خلال القرن التاسع عشر ، حيث أحرز التقدم العلمى فى الفسيولوجيا والتشريح ومختلف العلوم الطبية طفرة واسعة للأمام، وفسر شاركو Charcot الفرنسى الظواهر الهستيرية كاستجابة لعوامل وأفكار نفسية فى بعض الأفراد المهيأة وراثياً لذلك ، وبادر بعلاجها بالتنويم والإيحاء ، وأدان بالطبع استئصال الرحم أو المبيض كعلاج لهذا المرض .

وكان جانيت Janet تلميذ شاركو أول من أفاض فى تفسير الظواهر النفسية المسببة لهذا المرض ، وأنها مرض فى ترابط الشخصية ، وأكد عوامل الانفصال بين الوعى والشعور فى هذا المرض ، ولكنه لم يتعمق فى فهم معنى الأعراض .

ثم بدأ فرويد Freud بمعاونة بروير Breuer فى نشر ملاحظاتهما عن الهستيريا ، وأنها تبدأ إثر عوامل نفسية مؤلمة شديدة فى ماضى المريض ، وعادة ما يصيب هذه الحوادث النسيان ، وأنه على المعالج أن يتجه إلى تذكر هذه الحوادث تحت تأثير التنويم ، ثم حاول فرويد العلاج بعد ذلك بعملية التداعى الحر، وكانت نظريات فرويد عن الهستريا هى أساس نظرية التحليل النفسى ، وأن أسباب المرض تعود إلى صدمات جنسية فى طفولة الفرد ، وقد هاجم كثير من العلماء نظرية فرويد فى الأساس الجنسى لهذا المرض ، وطورها البعض الآخر .

والآن وبعد تطور الطب النفسى ، فمازال بعض العلماء يتساءلون عن الأساس العلمى ، الذى نستطيع به أن نجزم أن الهستيريا مرض نفسى مستقل عن بقية الأمراض ، وقد حلل ذلك العالم البريطانى سليتر Slater عام ١٩٦١ ، عندما وجد أن الغالبية العظمى من مرضى الهستيريا بعد متابعتهم لمدة سنوات ، يعانون من أمراض عضوية فى المخ من صرع ، فصام ، اضطرابات اكتئابية ، قلق عصبى ... إلخ .

كذلك فقد وجد أن العامل الوراثى وأسباب المرض متعددة ، وأن الأعراض الإكلينيكية متغيرة ، لاتنتمى إلى مجموعة واحدة ، وأن العلاج النفسى ، أو الكيميائى، أو الكهربائى أو الجراحى لايعطى شفاءاً تامًا ، وأن الشيء الوحيد الذى يتوحد تحته مرض الهستيريا هو أنه مشكلة كبرى ، وأنهى بحثه بقوله «إن لم نجد فى المريض ظواهر غير الأمراض الهستيرية ، فمعنى ذلك أننا لم نبحث بتعمق فى هذه

الأعراض» وبالطبع فقد اختلف معه الكثيرون فى هذا التطرف .

ولكن العبرة التى نأخذها من هذا البحث ، أنه يجب علينا التأنى والصبر ، قبل أن نشخص مرض الهستيريا ، وأنه إذا لم نجد علامات عضوية فى المريض نؤول بها أعراضه فلايعنى ذلك أنه مصاب بالهستيريا ، لأن الهستيريا لها أعراضها الإيجابية وتفاعلها الخاص ، بمعنى أن تشخيصها ليس باستبعاد المرض العضوى ، بل بوجود علامات إيجابية فى هذا المرض .

ويجزم كل الأطباء خاصة هؤلاء الذين يعملون فى الأماكن المتخلفة حضارياً ، والتى ينتشر بها الجهل أو التعليم البسيط ، يجزمون بوجود مرض الهستيريا كمرض منفصل مستقل ، وأنها تتغير تبعاً لثقافة الفرد والمجتمع ، الذى يعيش فيه وسنستعرض الأعراض الهستيرية فى مصر بالتفصيل ، خلال هذا الفصل مع مقارنتها بالبلاد الأخرى ، وكيف أن التغيير الاجتماعى يؤثر ويطور هذا المرض .

الشخصية الهستيرية :

تنشأ الشخصية الهستيرية من تفاعل العوامل الوراثية والبيئية ؛ خاصة علاقة الفرد بالوالدين ، خاصة الجنس الآخر ، وهذه الشخصية هى حصيلة التخلف أو الفشل فى عملية النضوج الانفعالى ، ولانستطيع اعتبار هذه الشخصية مرضاً فى حد ذاتها ، ولكنها اضطراب فى الشخصية ، يجعل الفرد مهيأً أكثر من الشخصيات الأخرى لتكوين الأعراض الهستيرية .

ومن الصعوبة أن نحدد مدى انتشار هذه الشخصية بين أفراد الشعب ، إلا من خلال الخبرة الإكلينيكية ، ويحتمل أن تكون حوالى ١٠٪ ، وهى أكثر شيوعاً بين النساء ، ويحتمل وصول النسبة مع تباين الشدة إلى حوالى ٢٠-٢٥٪ خاصة بين النساء فى مصر ؛ حيث تزدهر هذه الشخصية نتيجة للعلاقة الخاصة فى العائلة المصرية بين الوالدين والأطفال .

وتتميز الشخصية الهستيرية بالآتى :

(١) عدم النضوج الانفعالى :

ونعنى هنا عدم الثبات فى العاطفة ، مع سطحية الانفعال ، والتغير السريع فى الوجدان لأتفه الأسباب . وعلى الرغم من أن الشخصية الهستيرية تظهر وكأنها ذات عواطف صالحة قوية معبرة تضحى فى سبيلها بكل الإمكانيات ، إلا أنها سرعان ماتخمد وتتبخر ، وتبحث عن عاطفة أخرى بديلة ، وكذلك تتميز علاقتها سواء فى

العاطفة أو الصداقة بالذبذبة السريعة ، وعدم القدرة على إقامة علاقة ثابتة لمدة طويلة ؛ نظراً لعدم قدرتها على المثابرة ، ونفاذ الصبر السريع . ويمكن التشبيه بأنها كالقرص الفوار!

(٢) الانبساطية فى المزاج :

وتعدد المعارف والصداقات ، وحب الاختلاط ، ولكن يتميز هذا التعدد كما سبق أن ذكرنا بالتغير ، وعدم الثبات ، فعلى الرغم من كثرة هذه العلاقات إلا أنها سطحية، ولاتأخذ أبداً العمق الكافى لاستمرار العلاقة .

(٣) القابلية للإيحاء :

وهى سرعة تأثر هذه الشخصيات بالأحداث اليومية والأخبار المثيرة وتفاعلهم القوى مع هذه المؤثرات ، واهتمامهم بما قيل ويقال ، وأخذ ذلك فى الاعتبار عند تقريرهم لعدة من المواقف ؛ مما يجعل قراراتهم تتأثر بالناحية المزاجية الانفعالية أكثر من الناحية الموضوعية ، فإذا استمعت سيدة لحديث من صديقة عن إحدى الصديقات الأخريات وسمعت ما لاترضى عنه ، فلاتتردد فى اتخاذ قراراً بقطع العلاقات معها، مع إفشاء أسرارها واغتيابها ، وسبها علناً ، دون التأكد من صحة هذه المعلومات أو حتى مناقشة الطرف الآخر فى الموضوع ، أو كما يقال بالعامة «ودنية» .

(٤) الأنانية مع حب الظهور :

واستجلاب الاهتمام والمحاولات الدائمة لتكون محور الارتكاز ، والنظر للأمور عامة بطريقة ذاتية ، مع حب الاستعراض والمبالغة فى طريقة التكلم ، والملبس ، والتبهرج ، والعمل على لفت الأنظار مع القيام بمواقف مسرحية ، وسلوك مبالغ حتى إن لم يستدع الحال ذلك .

(٥) عدم التحكم فى الانفعال :

مما يجعلهم عرضة للذبذبات الوجدانية ، والشحنات الانفعالية القوية من مرح وحماس ونشوة ، إلى اكتئاب وبكاء ورغبات ومحاولات انتحارية ، ولكن تتميز هذه الذبذبات بتغيرها السريع والمفاجئ .

(٦) الاستفزاز الجنسى :

وهى المحاولة الدائمة لهذه الشخصية لاسترعاء الانتباه الجنسى للجنس الآخر ، مع تأويلها وتفسيرها لكثير من الظواهر العادية بطريقة جنسية ؛ فمثلاً أن امتدح شاب

جمالها فذلك يعنى عندها أنه يرغبها جنسياً ، وأنه يحاول إقامة علاقة عاطفية معها ، دون أن يكون ذلك مقصده إطلاقاً ، أو أن يعتقد الشاب أن ابتسامة الفتاة له قبل المحاضرة معناها أنها تقدره ، وأنها فى سبيل الوقوع فى حباله ... وهكذا .

وعلى الرغم من أن معظم الرجال ينجذبون للشخصية الهستيرية نظراً لحيويتها وانفعالاتها القوية ، وجاذبيتها الجنسية وقدرتها على التعبير عن عواطفها، إلا أن جزءاً كبيراً من النساء اللاتى يتمتعن بهذه الجنسية الاستفزازية المفرطة يعانون من البرود الجنسى ، ودائماً مايبحثن عن اللذة المفقودة ، ويصاب المرء بالدهشة عندما يعلم أن بعض ملكات الجنس فى العالم ، واللاتى يثرن الشباب فى جميع الأنحاء قد يعانين من هذا البرود الجنسى ، ولنا مثل فى مارلين مونرو كما وصفها الكاتب المسرحى وزوجها آرثر ميلر .

(٧) القدرة على الانشقاق فى الشخصية :

وذلك عند الحاجة ؛ إذ إنهم يمتلكون القدرة على الهروب من مواقف معينة، بالتنصل من شخصيتهم الأصلية ، واكتساب شخصيات أخرى تتلاءم مع الظروف الجديدة ، كما يتطلب أحياناً من الممثل أو الممثلة أن تعيش فى شخصية البطل أو البطلة يومياً لمدة ساعات بإجادة تامة ، ولذا يرى البعض أن إحدى الضمانات الأساسية لنجاح الممثلة هو قدرتها على تقمص الشخصية التمثيلية ، واندماجها فى هذه الشخصية ، ويتطلب ذلك انفصالها عن الشخصية الأصلية ، وهو ماتتميز به الشخصية الهستيرية .

ومما تقدم ، نستطيع أن نحدد أن الشخصية الهستيرية قد تصلح لكثير من الوظائف ، التى تحتاج لعلاقة مباشرة مع الجماهير ، كالخطابة والعلاقات العامة والتمثيل .. إلخ .

(٨) التكوين الجسمى للشخصية الهستيرية :

ويميل للنحافة وصغر الحجم ومايسمى بالتكوين الواهن ، ولكن ذلك لايمنع ظهورها فى التكوينات الجسمية الأخرى ، وتكثر نسبة هذه الشخصية فى ذوى الذكاء المتوسط .

العمـــــر :

تزداد الأعراض الهستيرية فى مراحل العمر المتطرفة ، فتكثر فى الأطفال وفى سن البلوغ ؛ نظراً لعدم النضوج الكامل للجهاز العصبى ، وكذلك تزيد نسبتها فى

الشيخوخة عندما يبدأ الجهاز العصبى فى الضمور ، أما فى مراحل العمر المختلفة الأخرى ، فتعتدل نسبتها حسب الإجهاد والشدة .

فسيولوجية الهستيريا :

بنيت نظرية التحليل النفسية على أساس دراسة حالات الهستيريا ، وفهم الميكانزمات اللاشعورية المؤدية لهذا المرض ، وتأثير الطفولة فى تكوين الشخصية المصابة بهذا المرض ، والأثر القوى للمرحلة الفمية واضطراب الموقف الأوديبى ، وعدم القدرة على الانتقال للمراحل الجنسية الأخرى أثناء الطفولة ، ولكن توجد بعض النظريات الأخرى التى تفسر مرض الهستيريا على أساس فسيولوجى ؛ فقد أوضح العلماء السوفييت وخاصة بافلوف وسيشنوف ، أن هؤلاء المصابين بالهستيريا يتميزون عن غيرهم بوجود قشرة مخية ضعيفة ، والقشرة المخية تقوم بدور مهم فى كف وإحباط وتنظيم المراكز تحت القشرة فى المخ .

ومن الطبيعى أن يؤدى هذا الضعف إلى إثارة هذه المراكز البدائية الموجودة فيما تحت القشرة المخية وتصبح هذه المراكز دون سيطرة عليا ، وتصاب بعدم التوازن والاندفاع والتهور، وتحوى مراكز الدماغ تحت اللحائية (ماتحت القشرة) جميع المنعكسات غير المشروطة ، أى المنعكسات الموروثة والبدائية من أجيال بعيدة ، وفى الأفراد ذوى القشرة الضعيفة ، تأخذ هذه المنعكسات دوراً نشطاً؛ خاصة تحت تأثير إحدى الشدائد .

وتظهر هذه الأعراض فى هيئة بدائية ، مثل : التشنجات الهستيرية ، أو الغيبوبة الهستيرية من موقف معين ، وكذلك يمكننا تأويل الأعراض الجسمية للهستيريا مثل العمى والشلل ، والصمم بضعف فسيولوجى فى خلايا اللحاء الخاصة بوظيفة الأعضاء المصابة .

ويلاحظ أن كثيراً من سمات الشخصية الهستيرية تتشابه مع الأطفال ، من حيث : سهولة التهيج العصبى وعدم النضج الانفعالى ، والقابلية للإيحاء وتغلب العوامل الانفعالية على الفكرية ، ويبدو التشابه واضحاً إذا نظرنا إليه من الناحية الفسيولوجية ، فقشرة مخ الطفل ضعيفة وواهنة نظراً لعدم نضجها وتطورها ، وكذلك تتميز الشخصية الهستيرية بضعف فى قشرة المخ بسبب الاستعداد الوراثى.

التصنيف الإكلينيكي للأعراض الهستيرية :

تستجيب الشخصية الهستيرية أو أحياناً الفرد السوى للشدائد والإجهاد والقلق بالأعراض الهستيرية ، التى يمكننا تصنيفها إلى نوعين :

(١) **الاضطراب التحولى** Conversion Disorders :

أى يتحول القلق والصراع النفسى بعد كبته إلى عرض عضوى أو جسمى ، يكون له معناه الرمزى ، ويكون ذلك بطريقة لاشعورية ؛ أى لايفهم المريض المعنى الكامل لأعراضه العضوية وآلامه المختلفة ، وينفصل هذا السبب عن العرض ، ولايستطيع المريض أن يربط بين أعراضه وظروفه البيئية .

(٢) **الاضطراب الانشقاقى** Dissociative Disorders :

وتنفصل أثناءها شخصية المريض إلى شخصيات أخرى ، يقوم أثناءها بتصرفات غريبة عنه ، أو يفقد أثناءها ذاكرته ، للهروب من مواقف مؤلمة نفسياً أو لاجتلاب اهتمام أو رعاية خاصة .

الاضطرابات التحولية :

(أ) **اضطرابات حركية :**

(١) **الشلل** Paralysis :

وهو من أكثر الأعراض الحركية الهستيرية شيوعاً خاصة فى مصر ، ويأخذ عدة مظاهر ، فمن شلل فى أحد الأطراف إلى شلل نصفى فى الذراع والساق ، إلى شلل بالساقين ، وأحياناً شلل بجميع الأطراف .

وتكون العضلات أحياناً فى حالة تيبس كامل ، وأخرى فى حالة رخاوة شديدة ، ويصبح المريض غير قادر على الحركة ، ويحتاج لكل العناية الطبية لمرضى الشلل العضوى ، وبالطبع يأتى المريض راغباً فى الشفاء ، جاهلاً بالأسباب الرئيسية التى أدت إلى هذا الشلل الهستيرى .

وعلينا هنا أن نميز بين هذا الشلل ، والشلل العضوى ؛ إذ إن الأخير يتميز بتغير فى الانعكاسات العميقة ، مع ضعف فى الأجزاء الطرفية ؛ أى يصعب على المريض تحريك أصابعه ، ولكنه يستطيع رفع الكتف . أما مريض الهستيريا ، فلايستطيع تحريك الذراع بأكمله ، وكذلك يصاب المريض العضوى ببعض الضمور فى العضلات ، ولكن يحتمل حدوث ذلك فى الحالات الهستيرية المزمنة ، كذلك يكشف

لنا رسام العضلات الكهربائى عن نوع الشلل ، وكذلك يصاب المريض بالشلل العضوى باضطرابات فى التبول ، مع احتمال ظهور بعض القروح والتقيحات فى الظهر نظراً لعدم الحركة .

ويحدث أحياناً هذا الشلل الهستيرى فى حالات الحروب ؛ خاصة عندما لايكون الجندى مقتنعاً بجدوى الحروب نظراً لأسباب أيديولوجية ، ويبدأ الصراع داخلياً ، هل نشترك فى معركة يقتل أثناءها بعض الأبرياء لأن السياسيين أمروا بذلك ؟ أم يهرب ويعتذر ويعتبر خائناً ؟ تزداد شدة هذا الصراع وينتهى بالشلل الهستيرى ، الذى سيدخله المستشفى للعلاج ويحميه ، ولو مؤقتاً من هذا الصراع ، ويرغب وهو فى هذه الحالة فى الشفاء لكى يعود للحرب ، جاهلاً بأسبابه الرئيسية. وبالطبع سيتجه العلاج النفسى هنا إلى إزالة أسباب الصراع النفسى ، وكشف أعماق نفسيته .

وأتذكر حالة آنسة تبلغ من العمر سبعة عشر عاماً ، أخذت تشجع والدها على الزواج نظراً لوفاة والدتها فى طفولتها ، وبقاء الوالد عازباً لتربية أطفاله ، حيث أنه تم عقد قران هذه الفتاة ، وستغادر المنزل خلال مدة بسيطة ومن جراء حثها للوالد على الزواج فقد أقدم عليه ، وفى زفافه وبينما كانت تتزين ابنته جاء إليها وطلب منها المجئ لمصافحة زوجة أبيها فنهضت مع والدها ، وإذا بها تسقط على الأرض فى حالة شلل بالساقين ، وتحول الزفاف إلى حزن شديد وبدأت الفتاة فى البكاء بسبب هذا المرض اللعين ، وتفسير ذلك أنها لاشعورياً لاتريد بديلاً لأمها ، وهذا الشلل يمنعها من القيام لمصافحة زوجة أبيها ويعبر عن نفورها اللاشعورى من هذا الزواج .

وكذلك الشاب الذى نشأ فى جو دينى شديد ، وكان والده يحذره وينهره عن الفحشاء وخاصة مزاولة العادة السرية ، ولكنه تحت ضغط كبته الجنسى ، بدأ مزاولة هذه العادة بإفراط شديد . ولكن صراعه بين حاجاته البيولوجية ، وضميره الدينى جعله فى حالة قلق واكتئاب نفسى شديد ، انتهت بإصابته بالشلل فى الذراع الذى يمنعه من مزاولة هذه العادة ، وأذكر هنا تردده على الأطباء طالباً الشفاء ، جاهلاً بأسباب علته ؛ خاصة عندما ذكر الأطباء له أنها حالة نفسية حتى وضح له من خلال العلاج النفسى منشأ صراعه ، وأن هذا الشلل يحميه من الإقدام على مالايرضى ضميره .

وسنجد دائماً أن هذه الأعراض تخدم الفرد بطريقة لاشعورية ، ولها معناها الرمزى ، والذى يجب اكتشافه لنجاح العلاج .



Hysteria Symptoms

أعراض الهستيريا



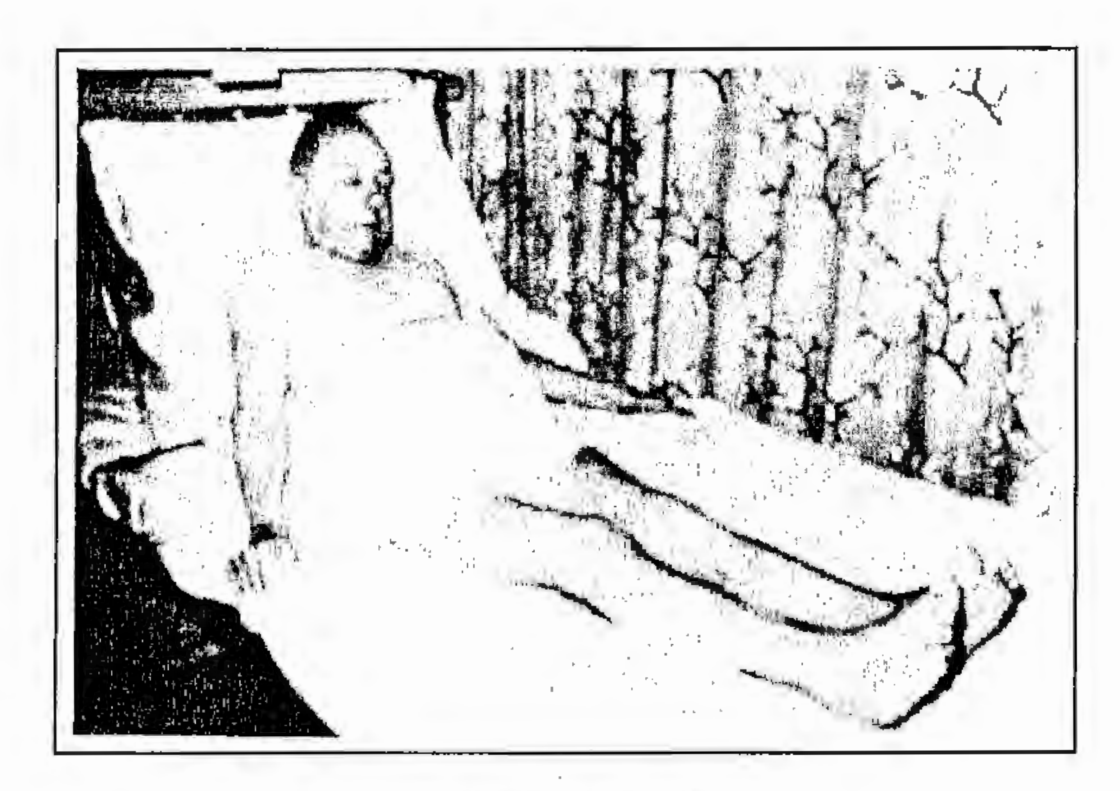
المشى الهستيرى



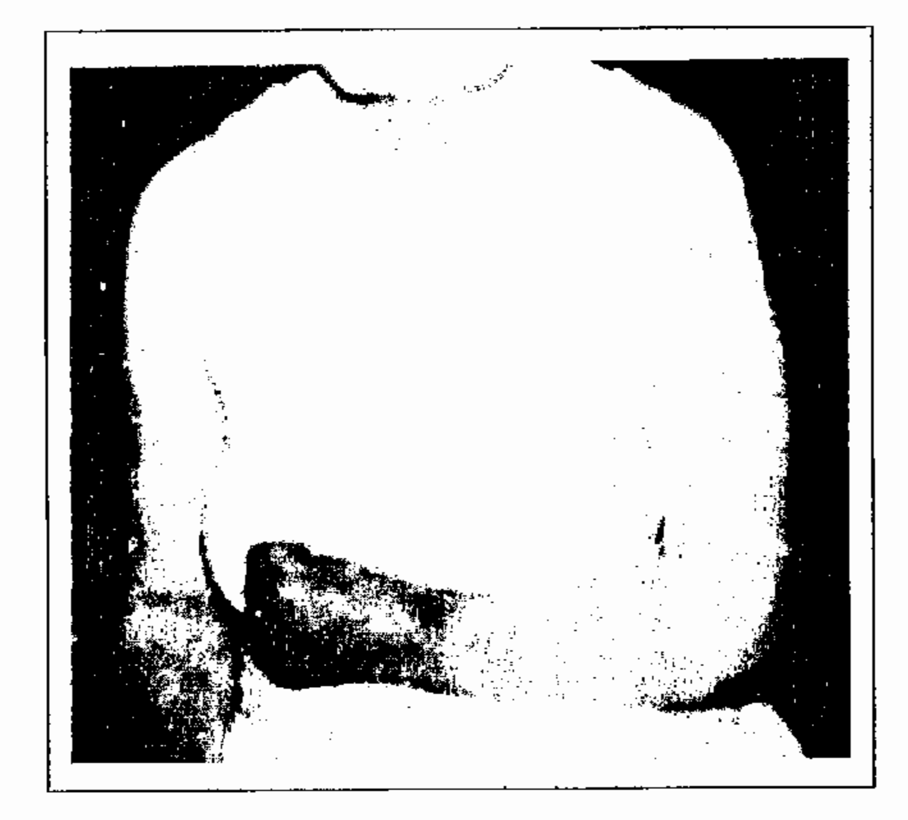
تابع المشى الهستيرى



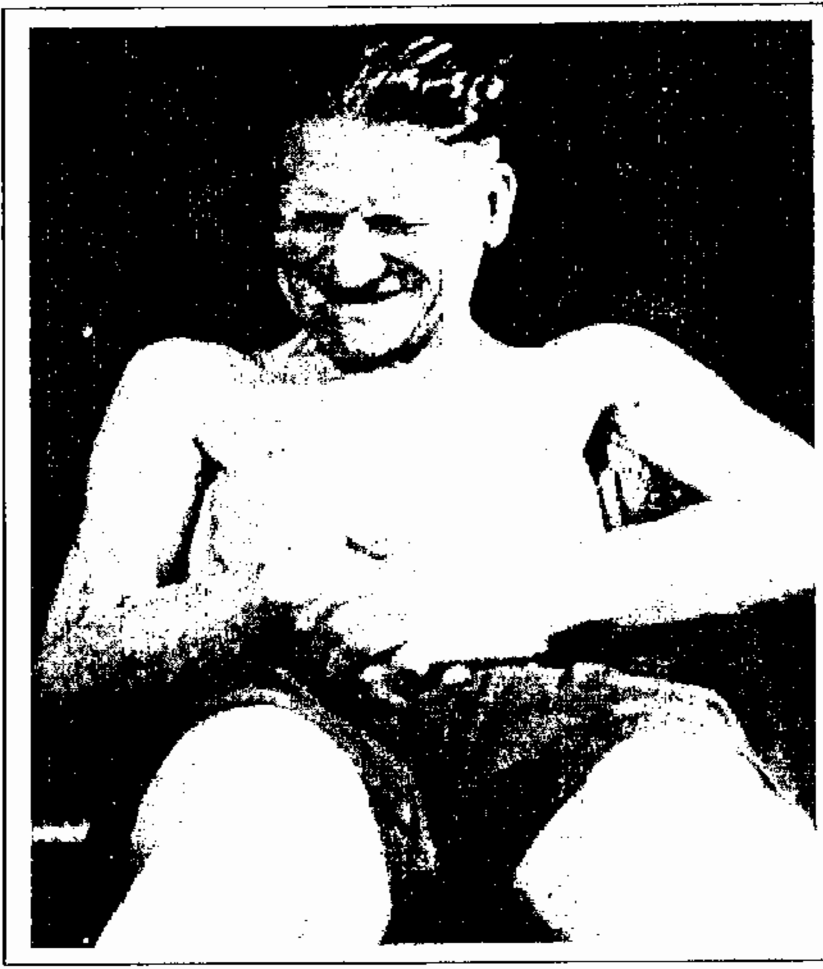
شلل نصفى هستيرى



شلل هستيرى فى الساقين



شلل هستيرى
فى الذراع الأيمن



لايستطيع الوقوف
(شلل هستيرى)



شلل نصفى هستيرى

(٢) فقدان الصوت Aphonia :

يأتى المريض هامساً لايستطيع الكلام بل يفتح فمه ، دون أن تصدر منه أى ذبذبات صوتية ، ويعبر عن نفسه بالإشارة . وبالطبع يجب أن يميز بين هذا الشلل الصوتى وبين الحالات العضوية ، وذلك بأن نسأل المريض أن يسعل فإذا أصدر صوتاً، فإن ذلك يعنى أن الأحبال الصوتية فى حالة جيدة وأنها تتحرك ، وبالتالى نستنتج أن الحالة هستيرية ، ويحدث هذا العرض عندما يواجه الفرد موقفاً ، يتطلب منه الاعتراف بأخطاء أو ذلة يصعب معها مواجهة الحقيقة ، وهنا يفقد القدرة على الكلام ويخفى مايريده لاشعورياً ، ولكنه إذا عولج يبدأ فوراً فى تفريغ جميع صراعاته النفسية .

(٣) **ارتجاف الأطراف** Tremors :

أحياناً يصحب ارتعاش الأيدى رجفة أو هزة فى الرأس أو كل الجسم ، وتختلف الرعشة هنا عنها فى القلق العصابى والاكتئاب وزيادة إفراز الغدة الدرقية والشلل الاهتزازى ، وغيرها من الأمراض العصبية ، بأنها تتميز فى حالة الهستيريا بكونها غير منتظمة ، وتختفى عند تشتيت الانتباه ، ولها طريقة تعبيرية خاصة فى أنها لاتشبه أى حالة من الحالات السابق ذكرها ، وتختلف من فرد لآخر ، وتتباين شدتها حسب حالة المريض الانفعالى .

وأذكر هنا حالة المريض الذى كان يعمل فى حدادة ميكانيكة الطائرات، ويتطلب عمله مهارة يدوية دقيقة ، وبعد أن رقى أحد زملائه الأقل منه كفاءة بدلاً منه ، ونظراً لعدم قدرته على التعبير عن سخطه من هذا الظلم ؛ لأن عليه أن يعمل لمواجهة الحياة ، ومن جراء كبته لهذه الانفعالات ، بدأ يشكو من ارتجاف واضح فى يديه ، جعله غير قادر على الاستمرار فى هذا العمل ، الذى يحتاج للثبات فى الأعمال اليدوية ، وكان يتردد للعلاج ، وهو على غير علم أن مرضه يعبر عن الصراعات السابق ذكرها ، وأنه أوضح احتجاجه على الموقف ورغبته فى عدم العمل بعد هذه الإهانة بطريقة لاشعورية .

(٤) **اللوازم** Tics :

ونعنى هنا أى حركة عضلية فجائية تزيد فى المواقف الحرجة ، وتأخذ اللازمة عدة مظاهر ، فمن رجفة فى عضلات الوجه ، إلى ارتعاش فى جفون العين ، إلى حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجانب ، كذلك المبالغة فى حركة اليدين أو اللعب بالشارب ، أو فى الشعر أو ضبط ربطة العنق ، أو تسليك الحلق...إلخ ، إلى محاولة تنظيم الملبس ، ويجب أن يميز بين اللوازم الهستيرية ومايحدث بعد الحمى المخية من لوازم لها طابعها الخاص .

(٥) **النوبات الهستيرية** Hysterical Fits :

وهى من أكثر الأعراض شيوعاً ، خاصة فى الشخصيات الهستيرية ، وتتراوح شدة هذه النوبات من إغماءة بسيطة إلى تهيج عصبى مع تحطيم كل ما أمامها ، وأحياناً تأخذ طابعاً مميزاً ، ويصعب تفريقها عن النوبات الصرعية ؛ خاصة إذا كان المريض قد مارس العمل فى وحدة طبية أو رأى من قبل نوبات صرعية ، فهنا تتشابه النوبات ، والتمييز بين النوبات الهستيرية والصرعية له أهميته البالغة ؛ نظراً

لاختلاف العلاج والوقاية وطبيعة العمل فى الحالتين ، وتتميز النوبة الهستيرية بالآتى:

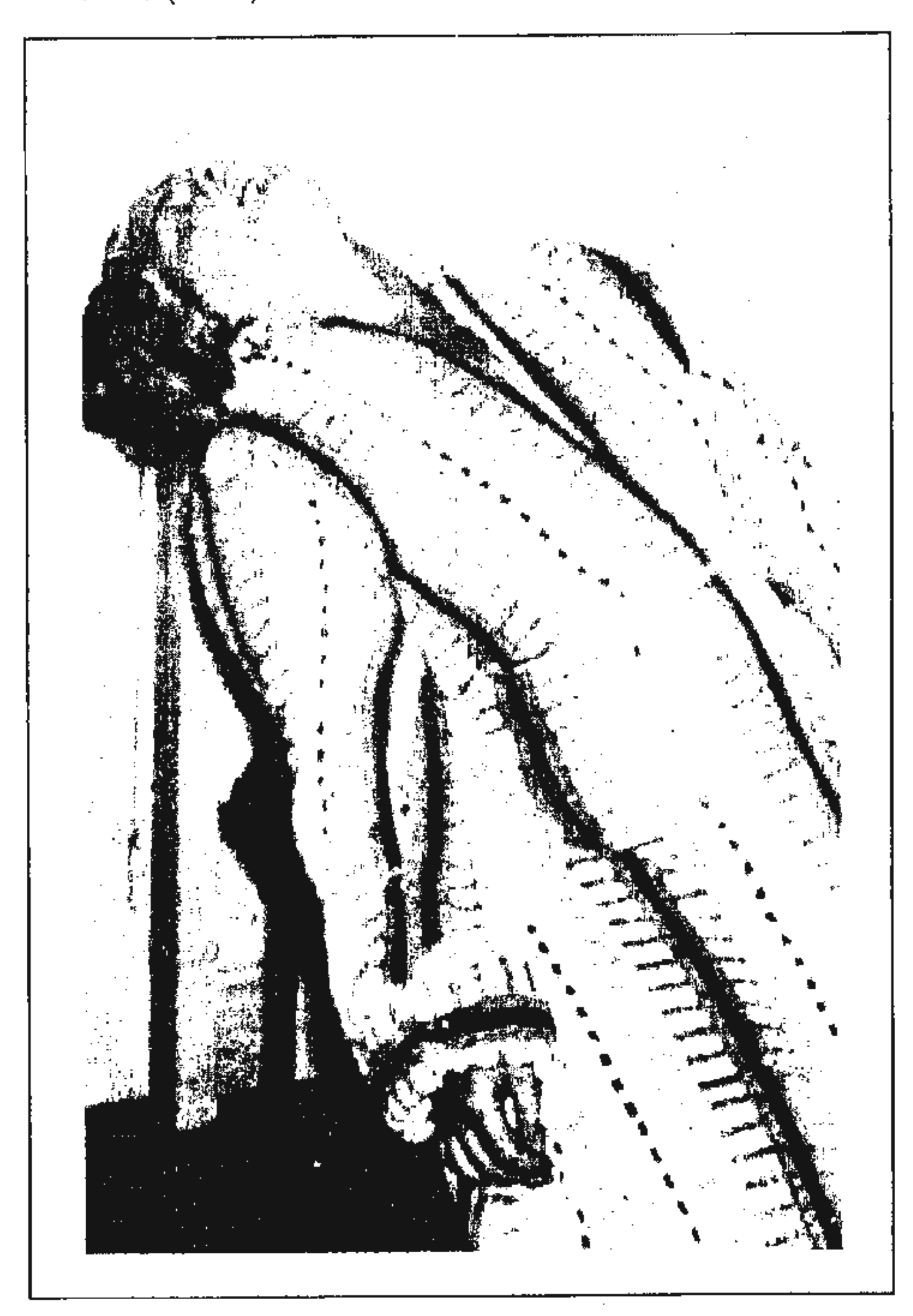
(أ) تحدث عادة فى وجود كثير من الأقرباء ، وبعد أزمة انفعالية بعكس النوبة الصرعية ، التى تنتاب المريض فى أى وقت بغض النظر عن الرائين وأحياناً أثناء النوم .

(ب) لايؤذى المريض نفسه أثناء النوبة الهستيرية ، كما يحدث الصرع من عض اللسان ، وقطع الشفة وكسر بعض الأسنان أوالعظام أو الوقوع على آلة حادة وإصابة المريض .

(جـ) نادراً مايتبول المريض على نفسه أثناء النوبة الهستيرية ، ولكنها غالباً ماتحدث فى الصرع .

(د) تأخذ النوبة الصرعية شكلاً مميزاً ، فتبدأ بصرخة من المريض يعقبها وقوعه فجأة على الأرض ، مع تيبس وتخشب كامل فى كل جسمه ، ثم تبدأ عضلاته فى الاختلاج بشدة ، يعض أثناءها لسانه ، أو يتبول على نفسه ويزرق لونه ، ثم يبدأ بعد ذلك فى التنفس بشدة مع ظهور رغاوى أحياناً يصحبها بعض الدم ، ويستمر المريض فى غيبوبة بعد ذلك لمدة دقائق ، تمتد أحياناً إلى نصف ساعة يفيق بعدها فى حالة صداع ونعاس وإرهاق جسمى تام .

ولانستطيع أن نوقف هذا التتابع من الظواهر الإكلينيكية بأى تدخل منا ، أما فى النوبة الهستيرية فيقع المريض على الأرض دون أى أذى وأحياناً تزيد سرعة تنفسه ، وتتشنج أطرافه ولكن لايتغير لونه وإن لمسه أحد فإنه يثور ويتهيج ويكسر ماحوله ويخبط برجليه فى الأرض ، ثم يفيق بعد ذلك فجأة فى حالة سليمة سوية بعكس الصرع ، ومانراه فى كثير من السيدات اللاتى يصيبهن إغماءات بعد انفعالات شديدة ، ثم يعدن لوعيهن بعد شم الروائح أو النشادر ، ماهو إلا نوبات هستيرية أو أحياناً من فرط التنفس .



نوبـــــة هســــــتيرية

وأعتقد أن هذه النوبات منتشرة بين سيداتنا المصريات ؛ للتعبير عن صراعات داخلية فى حياتهن الزوجية والعاطفية ، وللهروب من مواقف حرجة ، أو للحصول على الاهتمام والحنان الكافى . وبدأت نسبة هذه النوبات فى الزيادة بين العمال فى المصانع ، التى بها ماكينات ضخمة حيث يصاب العامل بالنوبة ، كلما بدأ فى العمل على الماكينة ، وإذا ابتعد عن هذا العمل ، تختفى هذه النوبات ، على الرغم من رغبة

المريض الشعورية فى الاستمرار بالعمل على الماكينة ؛ حيث إنها تدر عليه رزقاً أكثر، ولكنه الصراع بين حاجاته الدفينة والمطالب اليومية ، وكلنا قد شاهدنا أثر المنازعات الزوجية ، والتى تنتهى عادة بنوبة هستيرية من الزوج أو الزوجة حسب شخصيتهما .

(٦) **الغيبوبة الهستيرية** Hysterical Coma :

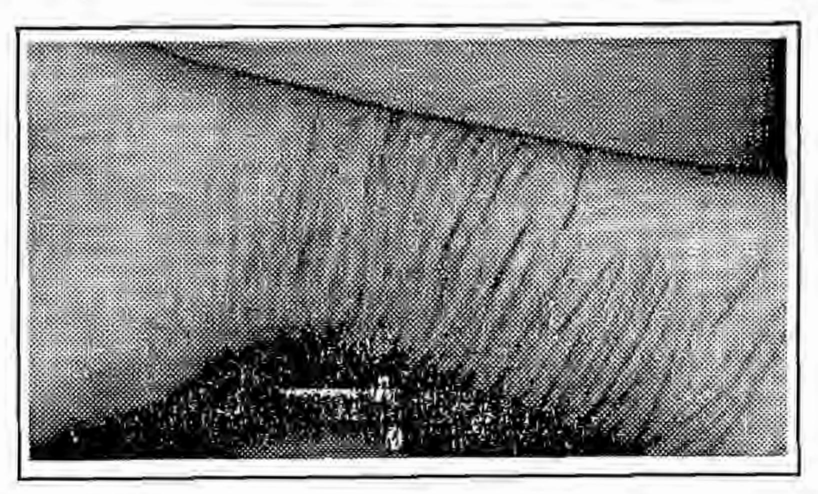
ويصاب المريض هنا بغيبوبة تشبه النوم الطبيعى ، ولايستجيب لأى منبه ولايرد على أى أسئلة ولايأكل أو يشرب ، ويحتاج لرعاية خاصة لعمليات التبول والتبرز والتغذية ؛ خاصة إن طالت مدة الغيبوبة ، وتعبر هذه الحالة عن الهروب من الواقع .

وأحياناً ماتأخذ مظهراً أقل شدة وهى كثرة النوم ، ونرى ذلك كثيراً فى الطلبة أثناء دراستهم آخر العام استعداداً للامتحان ، ومواجهتهم لصعوبة المواد وقصر الوقت وقلق الامتحان وضغط العائلة ، فينام ظهراً عدة ساعات حتى يصحو للاستذكار طوال الليل ، ثم يبدأ فى الدراسة فيتثاءب ويغلبه النعاس وينام نوماً عميقاً ، ويشكو لأهله من هذه الأعراض ويتردد على الأطباء للعلاج من هذه الظاهرة ، حتى لاتفوته السنة ويفقد أمله فى النجاح ، وماتلك إلا ظاهرة هستيرية ، معناها عدم قدرته على مواجهة صراع الامتحان والاستذكار .

ويجب علينا أن نميز بين الغيبوبة الهستيرية وغيبوبة الاكتئاب والهوس والفصام الكتاتونى ، وغيبوبة البولينا والسكر وغيرها من الأسباب العضوية .

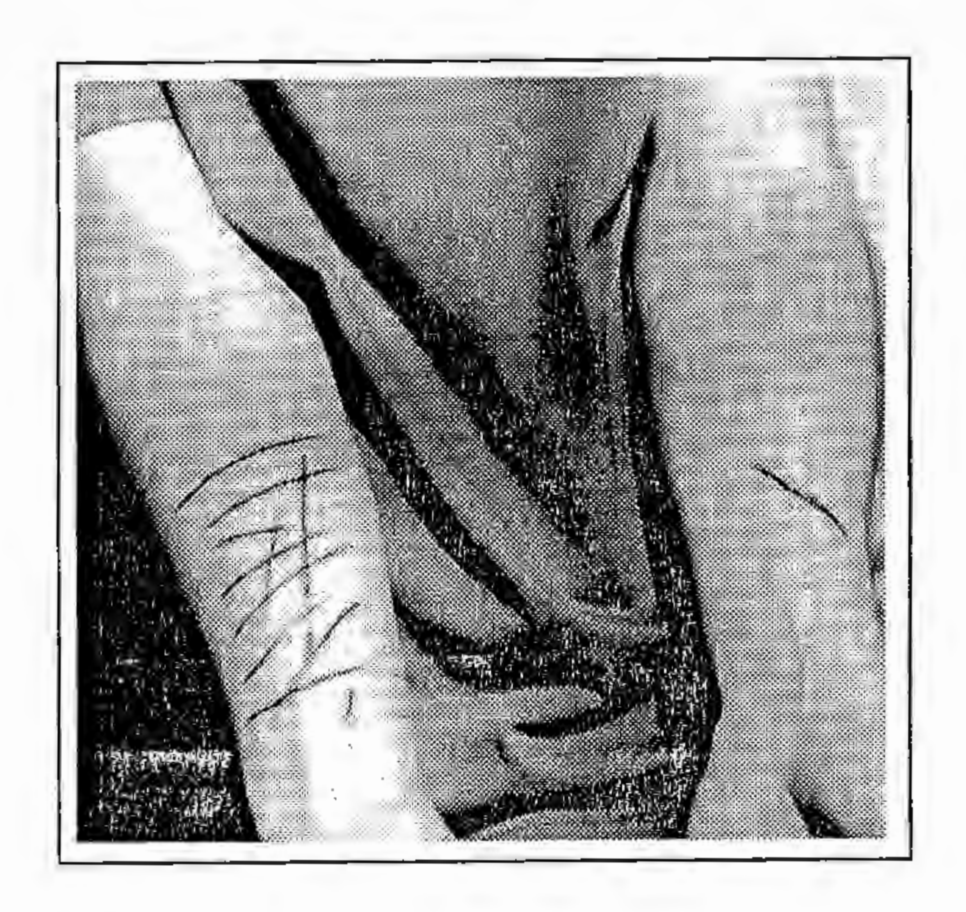
(٧) **الاضطرابات الجلدية** Dermatitis Artefacta :

هذه الحالات نادرة ، ومن مظاهرها أن تبدأ المريضة فى الحفر فى جلدها بأظافرها ؛ حتى تصل إلى عمق يسبب ألماً ونزيفاً فى الجلد ، أو تبدأ فى استعمال آلات حادة فى عمل شقوق فى جلدها . وإحدى المريضات كانت تبدأ فى قطع جلدها، كلما أحبطت والدتها أى رغبة لها أو حرمتها من الحنان ؛ مما سبب لها ندبات فى ذراعيها، وأخرى تغرز الإبر فى ثديها لاشعورياً للتعبير عن كبتها الجنسى .



Dermatitis Artefacta

إيذاء ذاتي هستيرى



Dermatitis Artefacta

إيذاء ذاتي هستيرى

(٨) الجوال أو السير الهستيرى Hysterical Gait :

نلاحظ أن لكل مرض عضوى فى الجهاز العصبى من شلل نصفى إلى شلل إهتزازى ، وكذلك التصلب المتناثر ... لكل من هذه الأمراض طريقة سير مميزة . ويمكن للطبيب الأخصائى أن يشخص المرض فور رؤية المريض وهو يسير ، أما فى الجوال الهستيرى ، فيبدأ المريض فى السير باهتزازات شديدة ، وكأنه تحت تأثير أحد المخدرات أو الخمور ، ويترنح ويتمايل على الجانبين ، أو كما يؤمن بعض العامة أنه قد تقمصه بعض الجان أو العفاريت ، ومن السهولة تمييز الجوال الهستيرى عن بقية الأمراض العضوية .

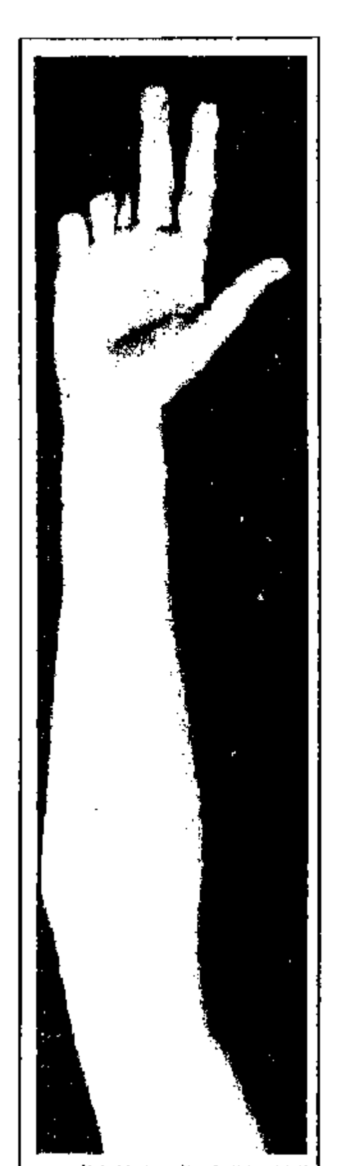
(٩) اعوجاج الرقبة Torticollis :

كثيراً مايصحو الفرد صباحاً ليجد ألماً شديداً فى الرقبة ، وبالتالى لايستطيع تحريكها ، وتأخذ وضعاً على أحد الجانبين . وأسباب اعوجاج الرقبة متعددة ، فمن روماتيزم فى العضلات إلى انزلاق غضروفى فى الرقبة ، وكذلك تورم فى الغدد اللمفاوية .

ولكن علينا ألا ننسى أن من أسباب المرض الشائعة الهستيريا ، وهى فى هذه الحالة تصبح صعبة العلاج وتحتاج لمدة طويلة لمعرفة الأسباب الدفينة والمعانى ، التى يرمز إليها العرض الهستيرى ، كالزوجة التى تصاب باعوجاج فى الرقبة ناحية اليسار ؛ لأن زوجها ينام على يمينها ، وهى بذلك تتجنبه لاشعورياً ، وإن سألتها عن حياتها الزوجية فستصف شعورياً رضاءها وسعادتها .



تصلب هستيرى
فى الساق الأيسر



تقلص هستيرى
فى الأصابع

(ب) اضطرابات حسية :

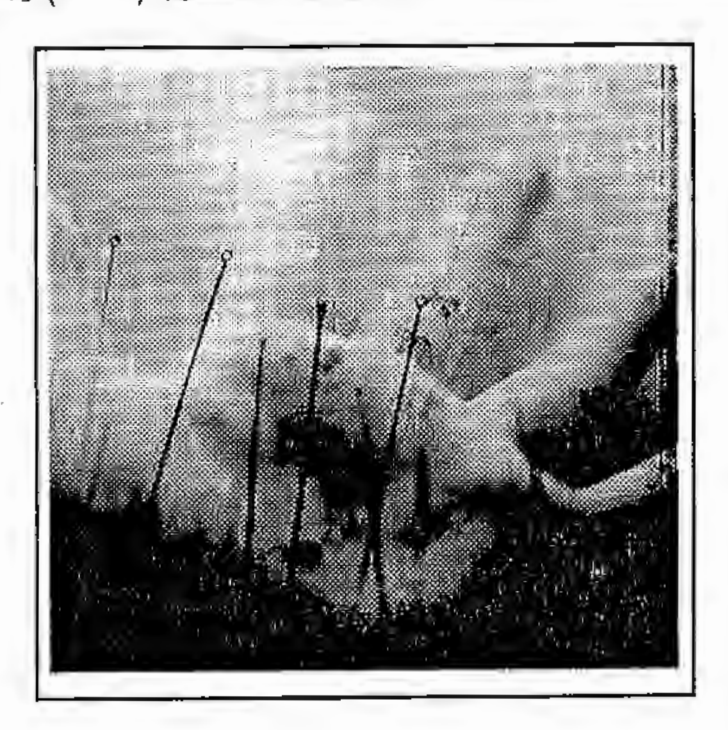
(١) فقدان الإحساس Anaesthcsia :

لايشعر المريض هنا بأى ألم عند لمسه بآلة حالة ، أو حتى عند حرقه ، وأحياناً يكون ذلك فى كل الجسم ، وأحياناً فى أماكن متفرقة ، وعادة مايصحب فقد الإحساس فى الجزء المصاب شلل هستيرى .

ويتعرض هؤلاء المرضى لكثير من الأذى ؛ حيث إن البعض خاصة بعض الأطباء يعتقدون أن هؤلاء المرضى يدّعون المرض ، ولهذا يحاولون إخافة المريض بوضع الدبوس بكامله فى الجلد أو بحرقه بالسيجارة ، وبالطبع لايشعر بأى ألم ، وهنا يحاول الطبيب إيفاد المريض إلى أحد الأطباء النفسيين .

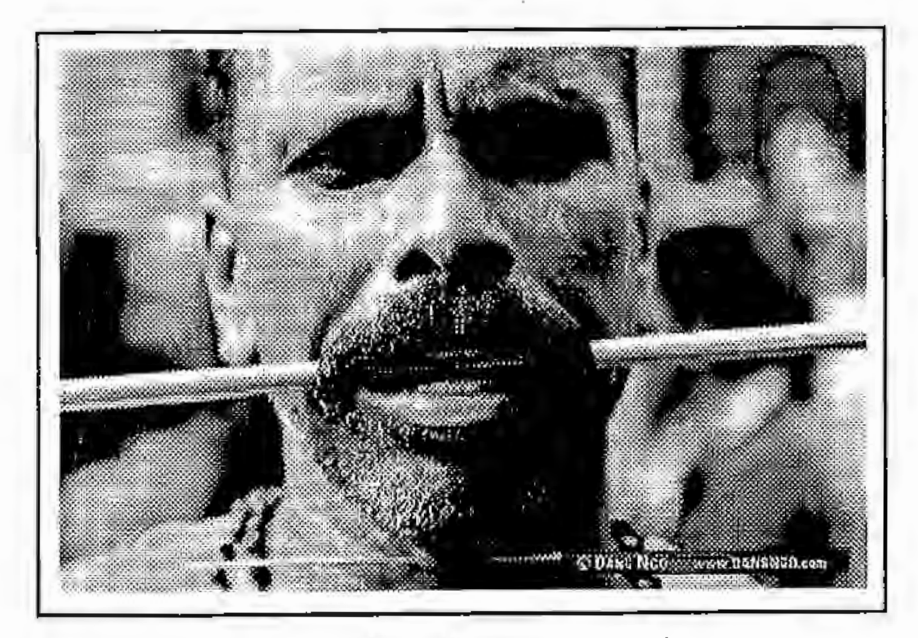
ويختلف فقدان الإحساس الهستيرى عن العضوى بأن الأخير يشعر بالألم ، ولكن بطريقة خفيفة خاصة إذا أقترب الألم من جزء سليم فى الجسم .

أما فى الحالة الهستيرية ، فإن المريض يفقد جميع الإحساسات ، وينكر تماماً إذا أغمض عينيه أى شعور بالألم ، كذلك يأخذ المرض العضوى توزيعاً تشريحياً وفسيولوجياً لايتوافر فى المرض الهستيرى ، فيشكو مريض الهستيريا فقدان الإحساس فى الجانب الأيسر من الجسم ، من أعلى الرأس إلى أخمص القدم، وهذا مالايحدث أبداً فى المريض العضوى .



Anesthesia

فقدان الحس



Anesthesia

فقدان الحس

(٢) العمى الهستيرى Hysterical Blindness :

يبدأ ذلك فجأة بعد صدمة انفعالية شديدة ، يرغب الفرد لاشعورياً فى عدم تذكرها أو رؤيتها ، فيفقد البصر ، وبالطبع لاتوجد علامات عضوية عند الكشف الطبى على العين وتستمر الحدقة فى الاستجابة للضوء ، وعادة مايتجنب المريض فى سيره الأشياء التى يحتمل أن تؤذيه ، ويعبر هذا المرض عن الرغبة اللاشعورية فى زوال الرؤية البصرية لأحداث مؤلمة ، كهذه الفتاة التى فقدت أبصارها ، بعد رؤية زوجها فى ليلة زفافها فى وضع مخز مع شقيقتها ، ففقدت الذاكرة لهذا الحادث وأصابها العمى ، واستمرت فى حياتها الزوجية ، وعند علاجها ، وتذكرها للحادث ، ووضوح الرؤية أمامها ، واجهت الواقع وطالبت بالطلاق ، وذلك بعد أربعة عشر شهراً من الزواج .

وأذكر السيدة التى داوم زوجها على إهانتها بمعاكسة الفتيات أمامها ؛ مما سبب لها إذلالاً شديداً ولم يكن وضعها الاجتماعى يسمح لها بالانفصال ، حتى فاجأته يوماً مع أحد الشغالات فى المنزل ففقدت الإبصار وكذلك الذاكرة .

(٣) الصمم الهستيرى Hysterical Deafness :

هنا تفقد المريضة فجأة قدرتها على السمع ، ولكننا لانجد بالكشف العضوى الدقيق على الأذن أى علامات عضوية . وكالعمى الهستيرى ، فالمريض يرغب لاشعورياً فى عدم الاستماع لحوادث أو أخبار مؤذية أو مؤلمة ، وأذكر هنا المريضة التى كان زوجها يداوم على المكالمات التليفونية مع السيدات ، ويغازلهن علناً أمامها وفجأة وجدت نفسها مصابة بالصمم ، وقد داومت هذه المريضة على زيارة أطباء الأذن لمدة طويلة وسافرت للعلاج ، قبل اكتشاف السبب الرئيسى لمرضها ، ورغبتها اللاشعورية وصراعاتها النفسية .

(٤) فقدان التذوق أو فقدان الشم الهستيرى :

يفقد المريض هنا قدرته على تذوق الطعوم المختلفة ، على الرغم من اختفاء أى سبب عضوى ، أو أحياناً يفقد قدرته على الشم ، لرغبة لاشعورية مصحوبة بشحنة وجدانية قوية لها علاقة بالتذوق أو الشم .

(٥) الآلام الهستيرية :

هى من أكثر الأعراض الهستيرية شيوعاً، وغالباً ماتعالج وتشخص هذه الآلام

بطريقة خاطئة ، ويستمر المريض فى التردد على الأطباء ويعالج من «كسل فى الكبد» «روماتيزم» «ضعف عام» «عصبى فى المصران» «صداع نصفى» «التهاب فى المعدة» «مرض فى البروستاتا» «احتقان مزمن فى اللوزتين» .. وهكذا.

والسبب الرئيسى فى هذه الآلام هو مرض الهستيريا ؛ إذ إن هذه الآلام تجذب له الاهتمام ، وتعطيه الرعاية والحنان اللازم ، وتنتشر هذه الآلام بين الزوجات التعيسات فى حياتهن الزوجية ، أو فى الرجال الذين يواجهون مشاكل دائمة فى عملهم مع رؤسائهم أو زملائهم ، أو فى هؤلاء الذين لم تتح لهم الحياة فرصة لتحقيق رغباتهم وطموحاتهم ، أو عندما تكون قدرات الشخص أقل من الأعمال الموكولة إليه، أو لدى الطلبة الفاشلين فى الدراسة ؛ حتى يكون لديهم العذر الكافى لمواجهة هجوم العائلة والأصدقاء عند الرسوب أو بعد صدمات انفعالية شديدة .

وفى أحد أبحاث المؤلف ، جمع عدداً كبيراً من هؤلاء المرضى ، والذين تعرضوا لعمليات جراحية مختلفة بسبب آلام هستيرية فكثير منهم قد لبس نظارات على عينيه وأزيلت أسنانه واستبدلت بطاقم صناعى ، وأجريت عمليات كى فى الجيوب الأنفية ، وأزيلت اللوزتان ، وكذلك الزائدة الدودية ، وفى البعض الآخر استؤصلت المرارة ... وهكذا اعتقاداً بأن هذه الأعضاء هى السبب الأصلى للآلام، وبعد كل هذه الإجراءات ينصح له بالذهاب إلى الطبيب النفسى ، حيث إن آلامه نفسية ..؟ وبالطبع يكون المريض قد فقد الثقة فى الشفاء وفى الأطباء ، وأصبح فى حالة نفسية أليمة .

ولايعنى ذلك أن آلام المرض كلها هستيرية ، بل أحياناً ماتكون الآلام عضوية ولكنها مغلّفة بالطابع الهستيرى ، ولكن يجب أخذ ذلك فى الاعتبار عند الفحص الطبى ؛ خصوصاً إذا كان المريض أو المريضة تمر بأزمات وجدانية أو اجتماعية أو اقتصادية ... إلخ ، مع عدم وجود علامات عضوية عند الكشف الطبى .

(جـ) اضطرابات حشوية :

(١) الصداع :

لايتساءل الفرد عند إصابته بالصداع أو أى ألم فى الرأس عن سببه ، خاصة إذا كان هذا الألم متكرراً ، بل يتناول بعض مهدئات الألم كالإسبرين ، حتى يتحسن ويكرر الشئ نفسه بعدها بأيام ، أو أحياناً بعدها بساعات .

ومن أسباب الصداع النفسى القلق والاكتئاب ، ولكن الهستيريا تلعب دوراً مهماً

فى نشأة هذا المرض ، وكلنا نذكر الطلبة آخر العام الدراسى ومعاناتهم من الصداع ، على الرغم من رغبتهم الشعورية فى الاستذكار ، ولكن هذا الصداع القاتل يمنعهم من مواصلة التحصيل الدراسى ، وهنا تظهر عمليات الدفاع اللاشعورى ، حتى لايواجه الحقيقة فى إهماله للدراسة طوال العام وعدم قدرته على الانتهاء من المقررات أو العكس ، فعلى الرغم من استذكاره طوال السنة الدراسية ، إلا أنه اكتشف أنه لن يحصل على تقدير الامتياز الذى يتمناه ، وأن هذا الصداع كفيل بإعطائه ذلك التقدير اعتباراً لكرامته وذكائه .

وكثير من السيدات يبدأن فى المعاناة من الصداع فى الأيام ، التى يحاول فيها أزواجهن عملية الاتصال الجنسى أو فى الأيام التى تعقبها ، ويكون ذلك تعبيراً عن السخط وعدم الرضا ، ومحاولة للهروب من هذه العملية .

(٢) الغثيان والقئ الهستيرى :

هو تعبير عن الاشمئزاز أو عدم قبول موقف معين ، ويمر المرضى من هذا النوع بسلسلة من الأبحاث الطبية لاستبعاد القرحة والأورام ... إلخ ، وينتشر أثناء العملية الجنسية كرمز لاشمئزازهن من الأزواج .. وأذكر الزوجة التى يصيبها القئ عند تناولها أى طعام بمنزلها ، واختفاء هذا العرض عند تناولها الطعام فى الخارج ، فلاشك أن منزلها هنا يمثل لها شعوراً بالضغط والتقزز .

وأحياناً مايعبر القئ الهستيرى عن الرغبة فى الحمل لما يصاحبه فى أول الأمر من بعض هذه الأعراض ، وقد اعترضت إحدى المريضات على هذا التفسير ؛ فقد كانت تعانى من انتفاخ فى البطن ، وصدور أصوات غريبة من الداخل ، مع شعور بالغثيان والقئ ، وعند أخذ التاريخ المرضى ، وجد أن شقيقتيها الصغيرتين تعانيان من القئ نظراً لحملهما ، وجميع من بالمنزل ينصحونها بالزواج وهى ترفض بشدة حتى تنتهى من دراستها ، وهنا يدور الصراع بين الرغبة فى إنهاء الدراسة والرغبة فى الزواج .

وقد عبر هذا العرض عن الرغبة اللاشعورية القوية فى الزواج ، على الرغم من نفيها لذلك شعورياً ، وعلى الرغم من اعتراضها على هذا التفسير .. إلا أنها عادت بعد أسابيع تحمد الله أن هذه الأعراض قد اختفت ..

(٣) الحمل الكاذب :

وهو وجود أعراض الحمل كاملة مع انقطاع الطمث وانتفاخ البطن ، دون جود

حمل حقيقى ، وتستمر المريضة هنا فى الحمل أكثر من تسعة شهور فتبدأ العائلة فى الانزعاج والتساؤل ، ويتبين بعد ذلك أنه الحمل الكاذب . وينتشر هذا الاضطراب بين سيدات الريف حيث تعطى عملية الإخصاب والحمل أهمية بالغة ، ويكون سبب انتفاخ البطن رخاوة فى عضلات جدران البطن .

السعال الهستيرى :

يبدأ بعد صدمة وجدانية شديدة ، ولاتفيد هنا العقاقير المضادة للسعال ؛ لأن السعال هنا يعبر عن رغبة لاشعورية فى النفور من حدث ما ، أو الاحتجاج على موقف لايستطيع المريض أن يفصح عنه بصراحة .

البرود الجنسى وآلام الجماع والتقلص المهبلى :

عادة ما يكون سبب هذه الأعراض هو الشخصية الهستيرية أو مرض الهستيريا، ويتضح ذلك عند بدء الزواج وتقلص عضلات الفخذ فى الزوجة عند البدء فى الجماع الجنسى ، مما يصعب على الزوج إزالة غشاء البكارة، وإن حدث وتم إزالته بواسطة أطباء النساء فستواجه الزوجة بعد ذلك آلام الجماع الجنسى والبرود ، وتشكل الحالة أزمة عائلية تهدد استمرار الزواج؛ خصوصاً إذا لم تعالج الزوجة لمعرفة سبب نفورها من الجنس ، والمرض هنا ليس فى المهبل ، ولكنه فى التفكير والسلوك ؛ ولذا فيفيد هنا العلاج السلوكى المعرفى .

أعراض هستيرية أخرى:

– التجشؤ ، الزغطة (الفواق) انتفاخ البطن ، الكرة الهستيرية فى البلعوم ، الإمساك ، الإسهال ، كثرة التبول ... وغيرها من الأعراض التى يمكن تشابهها بجميع الأعراض العضوية ، ولكل عرض معناه الرمزى فهذه السيدة التى بدأت تتجشأ بشدة طوال النهار ، بعد اقتران زوجها بزوجة أخرى ، فالتجشؤ هنا احتجاج وسخط ونفور من تصرفات زوجها ... وهكذا .

الاضطرابات الانشقاقية :

عندما يزداد القلق ويصبح غير محتملاً ومحطماً لكيان الفرد .. هنا تبدأ بعض وظائف الشخصية فى الانفصال وذلك لحماية الفرد بالأعراض الآتية :

(١) فقدان الذاكرة (النساوة) Amnesia :

وهى من أهم الحيل التى يلجأ إليها الإنسان عند مواجهة الشدائد ، وفقدان

الذاكرة عملية نشيطة لايعنى بها مجرد النسيان ، وعادة مايفقد المريض ذاكرته فجأة وأحياناً يستمر ذلك لمدة ساعات أو أيام أو شهور ، ولامانع من أن يتصرف أثناء هذه الفترة كأى إنسان سوى .. إلا أنه فاقد للذاكرة بالنسبة لبعض الأحداث .

وأذكر المريض الذى كان يعمل بتهريب بعض البضائع من ليبيا إلى مصر، وبعد تسليمه كل المواد التى وضع فيها كل ثروته إلى أحد زملائه فى العمل .. اختفى هذا الزميل ، ولم يستطع المريض تحمل الصدمة ، ففقد الذاكرة لكل الأحداث السابقة وكذلك اسمه ، وكثيراً مايقبض رجال الشرطة على بعض الأفراد فى الطريق للتشرد ، ويسؤالهم عن أحوالهم لايتذكرون أى شيء بل ويعلنون أنهم لايتذكرون حتى أسمائهم.

وهنا يعتقد البعض أنهم يدعون المرض ، ولايعقل أن ينسى فرد اسمه ، فتبدأ معاملتهم بالقسوة والغلظة دون جدوى .

ويختلف فقدان الذاكرة الهستيرى عن الأمراض العضوية فى أن المريض بالهستيريا يتذكر كل مايحدث ، ماعدا فترة معينة فى حياته . أما المريض مثلاً بخرف الشيخوخة ، فيتذكر الماضى ، ولكنه لايستطيع أن يختزن المعلومات الحديثة ومافعله أمس أو ماتناوله فى الإفطار ، ولهذا فهو يتكلم دائماً عن أيام الماضى ؛ لأنه لايتذكر أيام الحاضر ، أما فقدان الذاكرة الذى يصحب ارتجاج المخ أو النوبات الصرعية ، فعادة مايكون للفترة السابقة على الحادث فقط .

نلاحظ فى الاضطرابات العضوية ، أن هناك عادة علامات أخرى لاضطراب الجهاز العصبى ، بالإضافة إلى علامات واضحة ومتسقة من تشوش الوعى وسوء الاهتداء ، وإدراك متذبذب ، ويشير فقدان الذاكرة القريبة جداً أكثر إلى حالات عضوية ، بغض النظر عن أى أحداث أو مشكلات محتملة .

أما فترات التعتيم المؤقتة بسبب سوء استخدام الكحول أو العقاقير ، فترتبط ارتباطاً وثيقاً بفترة سوء الاستخدام ، ولايمكن استرجاع الذاكرة المفقودة ، كما لايتضمن فقدان الذاكرة النفسى المنشأ حالة فقدان الذاكرة قصيرة المدى ، التى نشاهدها فى حالة النساوة (زملة كورساكوف) ، والتى يبقى فيها الاسترجاع الفورى سليماً ولكن تضيع القدرة على الاسترجاع بعد دقيقتين أو ثلاث دقائق .

وفقدان الذاكرة الذى يلى ارتجاج المخ أو إصابة الرأس الخطيرة عادة مايكون أثره تراجعى الاتجاه ، وقد يكون أثره فى الحالات الشديدة أمامى الاتجاه أيضاً . أما

فقدان الذاكرة الانشقاقى ، فعادة مايكون تراجعى الاتجاه بالأساس .

وفقدان الذاكرة الانشقاقى هو الوحيد الذى يكون تعديله بواسطة الإيحاء التنويمى أو بالتفريغ النفسى ، أما فقدان الذاكرة ، الذى يلى النوبة فى مرضى الصرع. وفى حالات الغيبوبة أو الخرس الأخرى ، التى نشاهدها أحياناً فى الأمراض الفصامية أو الاكتئابية فيمكن تمييزها عادة بواسطة الخصائص الأخرى للمرض الأساسى .

أما التمييز الأصعب ، فيكون فى حالات التقليد الواعى لفقدان الذاكرة (التمارض) . وقد نحتاج هنا إلى تقويم متكرر وتفصيلى للشخصية قبل المرض ولدوافع المريض ، وعادة مايصاحب التقليد الواعى لفقدان الذاكرة مشاكلاً واضحة خاصة بالمال ، أو خطر الموت فى زمن الحرب أو أحكام محتملة بالإعدام أو السجن .

(٢) الشرود الهستيرى Fugue :

يبدأ الشرود بتغير واضح فى الوعى ، ويبدو المريض ، وكأنه مدفوع بقوى داخلية للإتيان بأعمال وحركات بعيدة عن طبيعته ويتجول المريض فى الأماكن المختلفة ، ويقوم بمختلف أنواع النشاط مع فقدان الذاكرة لما أتى به من أعمال فيبدأ صباحاً فى الذهاب للمصنع ، ثم يفيق فجأة ليجد نفسه فى قريته ، أو يستعد الطالب للذهاب للامتحان ، ثم يكتشف نفسه بعد بدء الامتحان بساعتين فى مكان آخر ، ويهرول إلى الامتحان ولكن بعد فوات الوقت ... وأحياناً تستمر حالة الشرود لعدة أيام أو شهور .

وفى إحدى القضايا الحديثة تزوج المريض أثناء فترة الشرود ، ثم سلم نفسه للشرطة بعد شفائه التلقائى من المرض ، وأحياناً يقوم البعض بالاعتداء أو القتل أثناء الشرود ، وللقانون أحكامه الخاصة بالنسبة لهذه الحالات إذا أمكن إثباتها .

ويظهر الشرود فى عدة أمراض نفسية وعقلية وعضوية ، ويجب التمييز بينها ، بالتنويم أو تحت تأثير الجلسات النفسية التخديرية .

من أجل التشخيص المؤكد يجب أن يتوافر التالى :

(أ) سمات فقدان الذاكرة الانشقاقى المنشأ .

(ب) ارتحال هادف يتجاوز النطاق اليومى (يجب أن يتم التمييز بين الارتحال والتجوال حسب الأعراف المحلية) .

(جـ) المحافظة على رعاية أولية بالنفس (مثل الأكل والاغتسال ... إلخ) ، والتعامل الاجتماعى البسيط مع الغرباء (مثل : شراء التذاكر أو البنزين ، أو السؤال عن الاتجاهات ، أو طلب وجبات الطعام ... إلخ) .

(٣) تشوش الوعى والهذيان الهستيرى :

وهنا تتفاوت درجة اضطرابات الوعى ، فأحياناً يهذى المريض بكلمات غير مفهومة ، ثم يتكلم لغة خاصة به ؛ مما يجعل العامة يعتقدون بتقمص أحد الأرواح الشريرة له ، وإبعادها بالبخور والسحر والزار ... إلخ . ويصل أحياناً اضطراب الوعى إلى حالة السبات الهستيرى ، وفيها يتوقف الفرد عن أى حركة ، ويصبح فى حالة من التأمل والتعمق الذاتى والنشوة ، وكأنه متصل بعالم آخر ، ونجد ذلك فى محترفى اليوجا وفى بعض الفلسفات التصوفية والمجذوبين دينياً .

(٤) الغشية (التجلى) والتلبس (المس)

Trance and Possession Disorder

تتميز بفقدان عابر للإحساس بالهوية الشخصية والإدراك الكامل للعالم المحيط. وفى بعض الأحوال يتصرف الفرد ، وكأن قد تملكته شخصية أخرى أو روح أو إله أو «قوة» أوجن . وقد يقتصر الانتباه والإدراك ، أو يتركز على واحد أو اثنين من أوجه المحيط المباشر .

وكثيراً ماتوجد مجموعة محدودة ، ولكن متكررة من الحركات والأوضاع والتمتمات . وتدرج هنا فقط حالات التجلى الغير إرادية والغير مرغوب فيها ، والتى تتداخل مع النشاطات العادية ذلك ؛ لأنها تتجاوز (أو تزيد عن) المواقف المقبولة دينياً أو حضارياً .

تستبعد : الحالات المصاحبة لاضطرابات ذهانية حادة وعابرة ، اضطراب الشخصية العضوى ، زملة مابعد ارتجاج المخ ، أو تسمم بمادة نفسية فعالة ، والفصام.

(٥) الجوال الليلى أو السير أثناء النوم Somnambulism :

ينتشر هذا المرض بين الأطفال ، ولكنه إذا استمر بعد البلوغ ، فيدل على وجود صراع نفسى لاتظهر خصائصه إلا أثناء النوم ؛ نظراً للكبت الشديد لصراع معين يعانى منه الفرد .

ومع قوة الحيل الدفاعية اللاشعورية أثناء اليقظة ، يبدأ المريض فى التعبير عن

انفعالاته أثناء النوم ، ويسير النائم أحياناً مغلق العينين ، وأحياناً أخرى مفتوحهما ، وأحياناً يرد على بعض الأسئلة . وقد لوحظ أن البعض يحاول الانتحار أو الاعتداء على الآخرين أثناء نومه ؛ نظراً لعدم قدرته على الإتيان بهذه الأعمال أثناء اليقظة . ولاصحة لما يشيعه الناس من أن إيقاظ هؤلاء المرضى يكون خطراً على حياتهم . وتسعفنى هنا الذاكرة بحالة المريضة التى كانت تعتدى على زوجة أبيها أثناء نومها ، ويصاحبها اللوم والتعجب أثناء اليقظة ؛ نظراً لحبها الشديد والعطف الزائد التى توليها به زوجة أبيها .

(٦) تعدد الشخصيات Multiple Personalities :

يظن البعض أن مرض الفصام هو ازدواج الشخصية ، وذلك خطأ فادح ؛ إذ إن المرض هستيرى ، ويختلف فى أسبابه ونشأته ، والأمثلة كثيرة فى الأفلام السينمائية مثل دكتور جيكل ومستر هايد ، وثلاثة وجوه لحواء ؛ فالمريضة هنا تتقمص شخصية أو شخصيتين تقوم أثناءهما بما لاتستطيع القيام به بشخصيتها الحقيقية ، ولاتتذكر أثناء الشخصية المرضية حقيقتها ، ولكن عندما تعود إلى طبيعتها فإنها تتعجب لما يحدث لها ، وتطلب العلاج النفسى .

ولإيضاح ذلك .. فقد رأيت سيدة تعسة فى زواجها تبلغ من العمر خمسة وثلاثين عاماً ، نشأت تحت ضغط عائلى شديد من الوالدين ، ثم انتقلت إلى زوج، كان أكثر تحفظاً من والديها ، وبعد سنوات من الزواج ، بدأت تعانى من تعدد فى شخصيتها ، فكانت تنتابها شخصية فتاة عمرها ستة عشر عاماً ، تغنى وترقص وتتمتع بحيوية متدفقة ، تداعب وتستفز كل من يراها ، وتظهر الشقاوة بمعناها الحقيقى ، وتصطحب بعض الفتيان فى مثل سنها ، وأحياناً تنتابها شخصية أخرى تلبس السواد ، وتبكى وتمر بفترات اكتئابية ، وتروادها أفكاراً انتحارية ، وبالطبع فهذه الشخصيات تعبر عن رغبتها فى الانطلاق والحرية أو التخلص من الحياة .

(٧) شبه العته الهستيرى (زملة جانسر)

Hysterical Pseudodementia (Ganser Syndrome)

يظهر هذا المرض بين المسجونين ، والمعتقلين ، والمنتظرين للمحاكمات أو تحت تأثير أى إجهاد بيئى ، ويعانى المريض من أعراض شبه عقلية وأهمها تصرفات صبيانية ، واستجابات خاطئة لأسئلة بسيطة وواضحة . وتحمل الإجابة هنا مايدل على فهم المريض لمعنى السؤال ، ولكنها تكون ملتوية وبعيدة عن الصواب . فبسؤاله

عن عدد أرجل القط .. فقد يجيب بأنهم اثنان أو خمسة ! كذلك يأخذ السلوك مظهراً غامضاً ، وتتناب المريض فترات من الهياج والغيبوبة ، مع النوم الكثير ، ولكن يجب تمييز هذه الحالات عن الصرع النفسى الحركى ، الفصام ، والأمراض العضوية للجهاز العصبى .

وقد كثر الجدل حديثاً حول عملية «غسيل المخ» ، التى تمارسها المعسكرات السياسية ، بتغيير العقائد الأيديولوجية للفرد من خلال عملية نفسية وفسيولوجية ، وطرقها متنوعة ، وأهمها : وضع الفرد فى حالة حرمان حسى تام من كافة الحواس من بصر أو سمع ، أو تذوق أو شم أو إحساس ، كوضعه مثلاً فى حجرة تحت الماء ، وتختلف عتبة الإنسان فى الانهيار تحت الحرمان الحسى ، لأنه سيبدأ بعد فترة من الزمن فى المعاناة من هلاوس وخداع بصرى ، ثم تشوش فى الوعى، وعدم القدرة على التفكير السوى ، ثم ينهار تماماً ويصاب بشبه غيبوبة أو ذهول هستيرى ، أو ماشرحناه سابقاً من استجابة انشقاقية فى الشخصية ، يصبح أثناءها قابلاً للإيحاء ، ومن السهولة حينئذ تقبله للعقائد السياسية المختلفة عن اعتقاده الأصلى ، وتتكون عنده ارتباطات شرطية جديدة فى قشرة المخ ، تحمل معها إيماناً راسخاً بالعقيدة الجديدة .

وقد بنيت هذه العملية ، على ما لاحظه بافلوف سنة ١٩٢٣ بعد فيضان ليننجراد الشهير ، فقد وجد أن معظم الكلاب قد فقدت جميع الارتباطات الشرطية التى تعلمتها وهى تقاوم الغرق ، وفى حالة ذعر تام ، واستنتج من ذلك أنه تحت الإجهاد الشديد ، يفقد الحيوان كثيراً مما تعلمه ، ويصاب بشبه انهيار وانفصال عن حقيقته ؛ لحمايته النفسية ، وسمى ذلك «بالكف الوقائى» فى القشرة المخية .

وتمارس عملية غسيل المخ فى حياتنا اليومية ، عندما يوضع الفرد فى موقف غموض مستمر ، مع إعطائه إشارات متناقضة ؛ مما يجعله فى حالة ضعف ويصبح قابلاً للإيحاء حتى لأفكار وآراء ضد معتقداته الأصلية ، وكذلك فى العلاجات التقليدية ، فقد وجد المؤلف فى أحد أبحاثه عن الزار فى مصر أن ٤٠ ٪ من المترددات عليه يعانين من الهستيريا ، و١٦ ٪ من أعراض عضوية حشوية شبه هستيرية ، وإن الزار يفيد فى بعض حالات الهستيريا ، من خلال عملية الانفصال التى تحدث تحت الإرهاق الجسدى والعقلى من جراء دقات الطبول وهزات الجسم المستمرة ، حتى يصل الفرد إلى الغيبوبة الهستيرية «الكف الوقائى» ، ويصحو بعد ذلك فى حالة صحية سليمة ، ولكنه بالطبع معرضاً للنكسة، حيث إن هذا العلاج لم يحاول معرفة معنى

وعمق هذه الأعراض ، ويصبح المريض تحت استغلال دائم من المشرفين على عملية الزار .

وكذلك كثير من ظواهر الخرافات ، مثل: السحر ، وقُراءة الفنجان ، والتنويم ، التى تعتمد على استجابات انشقاقية هستيرية .

أعراض هستيرية خاصة :

(١) هستيريا الحوادث Traumatic Hysteria :

ونعنى بها ظهور أعراض هستيرية متباينة ، مثل : الصداع ، الدوار ، اضطرابات الذاكرة ، النسيان ... إلخ ، ولاتشفى إلا بعد التعويض المادى فى القضية المرفوعة على مسبب الحادث .

(٢) القلق الهستيرى Anxiety Hysteria :

وهنا تظهر أعراض القلق النفسى ، مع عدم وجود أى شحنة عاطفية مصاحبة لهذه المعاناة ، ويطلق عليها « الجميلة غير المبالية » La Belle Indifference . ولقد أثبت لادر ١٩٦٨ أن ذلك غير صحيح ، وأن هؤلاء المرضى يسجلون مقاييس عالية من حدة القلق ، سواء من الناحية النفسية أو الفسيولوجية .

(٣) هستيريا سان لويس أو زملة بريكيه St. Louis Hysteria :

وتظهر فقط فى النساء ، ومن الصعب شفاؤها ، وعادة مايوجد تاريخ عائلى، وتشكو المريضة من عديد من الأعراض الجسمية فى أجهزة الجسم المختلفة ، ويبالغن المريضات فى هذه الأعراض ، ويرفضن أى تفسيرات نفسية . ومن أهم الأعراض : اضطرابات الطمث المصحوبة بالبرود الجنسى ، أو الآلام أثناء الجماع ، وعادة مانجد المريضات قد أدخلن العديد من المستشفيات ، بل وأجريت لهن بعض الجراحات .

(٤) الهستيريا الثابتة Fixation Hysteria :

ونجد هنا ثبات الأعراض الهستيرية بعد شفاء أو تحسن فى جزء مصاب بتلف أو شلل عضوى .

(٥) الهستيريا الجماعية Mass Hysteria :

وتظهر بشكل وبائى خاصة فى مدارس الفتيات ، ويلعب هنا عامل الإيحاء دوراً مهماً ، وتبدأ الطالبات فى إتيان سلوك غريب مع أعراض حشوية مختلفة .

ولاننس ماحدث منذ سنوات فى أحد المراكز فى مدارس الفتيات الإعدادية من إغماءات ، امتدت إلى المدارس الأخرى ، ويلاحظ أنه بين الفتيات وفقط فى المدارس الإعدادية ، واستمرت الجرائد فى التهليل بأنها مواد سامة فى الهواء من جراء عمل إسرائيلى أو الجماعات المتطرفة (وكأنما السموم لاتصيب إلا الفتيات) وأرسلت القوات المسلحة أجهزة للكشف عن المواد السامة .. إلخ ، وكان علىَّ أن أذهب إلى مجلس الشعب لأشرح لهم أنها هستيريا جماعية ، وبالطبع كان قبول هذا الرأى بطيئاً ؛ لعدم وعى الناس بمعنى كلمة هستيريا !!

دراسة عن الهستيريا فى مصر :

تختلف الهستيريا من حضارة إلى أخرى ، وتتغير أعراضها تبعاً للحالة الاجتماعية والثقافية للفرد . وقد قام المؤلف بدراسة مائة مريضة ، وخمسين مريضاً من مرضى الهستيريا فى مصر ، ووجد أن معظم المرضى بين سن ٢٠–٤٠ عاماً ، وأن ٥٢٪ من المريضات زوجات ، وأن ١٨٪ من المرضى الرجال عزاب ، وكان مظهر الأعراض ، كما هو مبين بالجدول الآتى :

الأعراض	النساء	الرجال
(١) حركية :	النسبة ٪	النسبة ٪
شلل	٪٨	٪١٨
تقلصات	٪١٤	٪٤
ارتجاف الأطراف	٪١١	٪٤
نوبات هستيرية	٪٢٨	٪١٢
السير الهستيرى	٪٦	٪١٠
فقدان الصوت	٪٣	٪١٠
(٢) حسية :		
الكرة الهستيرية	٪٨	—
العمى الهستيرى	—	٪٤
الصمم الهستيرى	—	٪٢
فقدان الإحساس	٪١٧	٪١٢
آلام جسمية	٪٢١	٪٦
(٣) حشوية :		
صداع	٪٣٨	٪٣٢
ألم بالظهر	٪٤	٪١٢
قئ	٪٢٤	٪٢
سعال	—	٪٢
صعوبة التنفس	٪٤	٪٤
(٤) انشقاقية :		
فقدان الذاكرة	٪٣	٪٤
شرود	—	٪٦
شبه العته الهستيرى	—	٪٢

ونجد هنا اختلافاً بين الأعراض فى الرجال والنساء ؛ فالنوبات الهستيرية تزيد فى النساء أما الشلل فيكثر فى الرجال ، وكذلك الأعراض الانشقاقية ، أما الهستيريا الحسية فهى أكثر شيوعا بين النساء . وقد وجد المؤلف أن حوالى ٦٠٪ من كل حالات الهستيريا قد ترددت على العلاج التقليدى عند المشايخ ، مع عمل أحجبة وغيرها قبل المجئ للعلاج الطبى .

كذلك وجد اختلاف فى الأعراض تبعًا للطبقة الاجتماعية ، فقد زادت الأعراض الحشوية فى الطبقات المثقفة . أما الأعراض الحركية والحسية والانشقاقية . فقد وضحت بنسبة أكبر فى الطبقات الوسطى والعمال والفلاحين .

وسنرى تحولا واضحا فى الأعراض الهستيرية كلما تقدمنا صناعيا ، ووضحت الرؤية أمام الجماهير وزاد مستوى التعليم ، تزداد الأعراض الحشوية ، وتقل الظواهر الأخرى كما حدث فى البلاد المتقدمة حضاريا .

تشخيص الهستيريا :

تظهر الأعراض الهستيرية فى صحبة كثير من الأمراض النفسية والعقلية والعضوية ، وقد أوضحنا ذلك من قبل ، وعلينا قبل أن نشخص مرض الهستيريا أن نستبعد مرض أولى يسبب هذه الأعراض الهستيرية .

ومن أهم الأمراض التى يجب أخذها فى الاعتبار :

١- أمراض الجهاز العصبى :

كأورام الفص الجبهى فى المخ ، والتصلب المتناثر فى الجهاز العصبى ، وتصلب شرايين المخ ، والحمى المخية والنوبات الصرعية ، وارتجاج المخ وزهرى الجهاز العصبى .

٢- أمراض ذهانية :

كالفصام ، واكتئاب توقف الطمث والذهان الدورى .

٣- أمراض عصابية :

خاصة القلق النفسى .

٤- أمراض عضوية :

كنقص السكر فى الدم ، واضطرابات الغدد الصماء ، والأملاح المعدنية فى الجسم .

وقد حاول البعض عمل جداول خاصة لتشخيص الهستيريا ، ومنها بحث بيرلى وجوز Perley and Guze ، الذى تسمى الآن باضطراب الجسدنة (Somatization Disorder) ، وسنشرح ذلك فيما بعد .

ويعتبر الباحثان أنه يجب توافر ثُلاث عوامل لتشخيص الهستيريا ، هما :

١- وجود تاريخ مرضى لمدة طويلة ، يبدأ قبل سن الخامسة والثلاثين .

٢ عدم وجود أمراض عضوية تسبب هذه الأعراض .

٣- وجود ٢٥ عرضاً فى تسع من المجموعات العشر التالية :

المجموعة (١)
صداع
أمراض مدى الحياة
المجموعة (٢)
العمى
الشلل
فقدان الإحساس
فقدان الصوت
نوبات هستيرية
فقدان الوعى
فقدان الذاكرة
الصمم
احتباس البول
عدم التوازن
المجموعة (٣)
إعياء
غصة فى الحلق
إغماء
زغللة
ضعف عام
نهجان
المجموعة (٤)
صعوبة التنفس
ضربات القلب
قلق
آلام بالصدر
الدوار
المجموعة (٥)
فقدان الشهية
فقدان الوزن
تغيرات فى الوزن
الغثيان
انتفاخ البطن
النفور من الطعام
الإسهال
الإمساك
المجموعة (٦)
آلام البطن
القئ
المجموعة (٧)
آلام الطمث
اضطرابات الطمث
توقف الطمث
زيادة الطمث
المجموعة (٨)
اللامبالاة الجنسية
البرود الجنسى
آلام الجماع الجنسى

اضطرابات جنسية	آلام بالفم والمستقيم والأعضاء التناسلية	سهولة البكاء
قئ طوال شهور الحمل	آلام جسمية	لاجدوى للحياة
المجموعة (٩)	المجموعة (١٠)	التفكير فى الموت
آلام الظهر	المخاوف	الرغبة فى الموت
آلام المفاصل	الانقباض	التفكير فى الانتحار
آلام الأطراف	رغبة فى هجرة العمل	محاولات الانتحار

كذلك علينا أن نحذر دائماً من تشخيص الهستيريا لأول مرة فى مريض أو مريضة بعد سن الأربعين ، بل علينا أن نشك دائما فى وجود مرض آخر مسبب لهذه الأعراض الهستيرية ، كالاكتئاب أو أمراض المخ العضوية .

مآل الاضطراب :

تشفى معظم الأعراض الهستيرية ؛ خاصة إذا بدأت فجأة واستمرت لمدة قصيرة قبل العلاج ، ومن الأعراض سريعة الشفاء فقدان الذاكرة أو الشرود ، وأحياناً يصعب علاج بعض الأعراض الأخرى مثل الشلل والآلام الجسمية ؛ خاصة إذا كان النفع ذاتيا ، والفائدة التى تعود على المريض لا شعوريا أقوى من الدافع للشفاء .

وقد تابع لونجبرج السويدى ٣٨١ حالة هستيريا لمدة ١٥ عاماً ، ووجد أن حوالى ٣٨٪ من الحالات مازالت تعانى من بعض الأعراض رغم تلك المدة ، وقد وجد المؤلف فى بحثه عن مصير الهستيريا فى مصر أن مآل المرض بعد كافة العلاجات النفسية والتحليلية ، والكيمائية وغيرها لمدة سنة كاملة كالآتى :

مصير المرض	النساء	الرجال
شفاء	٤٠٪	٥٢٪
تحسن	٢٨٪	٢٤٪
تحسن بسيط	١٦٪	١٦٪
استمرار المرض	١٦٪	٨٪

ويلاحظ أن نسبة الشفاء تزيد فى الرجال عنها فى النساء

العلاج :

يتخلص العلاج فى الآتى :

١- الكشف عن العوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للأعراض ، ومعنى هذه الأعراض بالنسبة للمريض . ويمكن ذلك بالعلاج النفسى ، أما إذا كان المرض يتميز بوجود فقدان فى الصوت أو فقدان فى الذاكرة أو شرود ، فهنا يكون التفريغ النفسى تحت تأثير التخدير من خلال حقنة فى الوريد (اميتال الصوديوم) أو (ميثدرين) ، أو من خلال استنشاق غاز ثانى أكسيد الكربون فى الأكسجين، أو النيتروجين ، لتسهيل عملية التفريغ العقلى .

٢- الإيحاء بالشفاء : والحل العملى للصراعات النفسية بطريقة غير مباشرة دون أن يأخذ المعالج دور الواعظ أو المرشد ، أو حتى طريقة إيجابية بحتة ، بل يجب اعطاء المريض الفرصة لتكوين آرائه وحلوله الخاصة .

٣- نلجأ أحيانا إلى الإيحاء بواسطة المنبهات الكهربائية على المخ ، أو على الطرف المشلول ؛ خاصة فى حالات فقدان الصوت ، انعدام الإحساس ، الشلل ... إلخ .

٤- العلاج الكيميائى لتخفيف حالات القلق والاكتئاب المصاحبة للأعراض الهستيرية ، وعلينا أن نحذر من الأعراض الجانبية ، لأنه كما سبق أن ذكرنا أن مثل هؤلاء المرضى قابلون للإيحاء ، وأنه عادة ما يكتب داخل علبة الدواء الأعراض الجانبية ، والتى يبدأ مريض الهستيريا فى الشكوى منها بعد مدة وجيزة، وتصبح هذه العقاقير مصدراً لأعراض هستيرية ، وتسوء حالة المريض .

٥- لاتعطى الجلسات الكهربائية لعلاج مرض الهستيريا ، ولكن أحيانا خاصة فى حالات الهذيان أو الغيبوبة الهستيرية ، نلجأ إلى جلسة واحدة لإنهاء العرض ، ثم يبدأ العلاج النفسى بعد ذلك ، كذلك فلا مكان لجراحة المخ فى الأعراض الهستيرية .

وأخيراً .. أود أن ألخص بعض النقاط الإكلينيكية الهامة والقواعد العامة فى كيفية التعامل مع مريض الهستيريا :

١- إن الغرض الأصلى من العلاج هو تسهيل الأمر للمريض لحل مشاكله بنفسه ، وتمكنه من التأقلم والتكيف مع البيئة المحيطة به . أما شفاء العرض فهو هدف ثانوى لتكملة العلاج ، ولايعنى ذلك أن نهمل العرض الأساسى فى المرض للبحث عن العوامل الدفينة فى اللاشعور .

٢- إنه أحيانا ما يزداد المريض سوءاً عند اختفاء أعراضه المرضية ، أو يظهر كبديل لها أعراض أخرى ؛ نظراً لحاجاته الشخصية للمرض ، وعدم استطاعة الطبيب معرفة نفسية المريض ، وكثيراً ما نلاحظ أثناء العلاج النفسى أعراضاً جديدة ، مثل : الأرق والقلق وكثرة الأحلام ، وهى ظاهرة طبيعية تعبر عن حالة المقاومة، التى يمر بها المريض قبل شفائه .

٣- لايصح إطلاقاً إجراء أى عمليات جراحية لهؤلاء الذين يعانون من آلام هستيرية ؛ نظراً لأنهم يأخذون هذه العملية كذريعة لفشل الطب فى علاج مرضهم المزمن ، وعادة ما تزداد الحال سوءاً بعد ذلك ؛ ولهذا يجب الاحتياط قبل التدخل الجراحى، وألا نعرض هؤلاء المرضى للاستكشاف الجراحى إلا عند الضرورة القصوى .

٤- يجب أن نحاول دائما ، مهما يكن المريض مهموما ومكتئبا ، أن نستبعد عامل الادعاء أو التعويض فى المرض .

٥- علينا أن نتذكر دائما أن مرضى الهستيريا يترددون على كثيرين من الأطباء . وعادة ما يكذبون أو يبالغون فى أقوالهم ، حتى فى علاجاتهم السابقة ، ولهم القدرة على استفزاز الطبيب لمهاجمة زميل آخر أو مهاجمة المريض نفسه.

٦- إذا تأكدنا أن المريض يعانى من مرض الهستيريا ، فلا يعنى ذلك أنه لايوجد مرض عضوى مشترك فكثيرا ما يتواكب المرضان معاً .

٧- الحرص التام أثناء الفحص الطبى لمرضى الهستيريا ؛ حيث إنهم قابلون للإيحاء ، ويحتمل بعد الكشف الطبى أن يبدأ المريض فى الشكوى من أعراض جديدة من إجراءات الطبيب الكثيرة والتى يلتقطها ويتقمصها مريض الهستيريا .

٨- لايجب نصيحة المريض أو المريضة بالزواج أو الطلاق ، ولا صحة للفكرة الشائعة بين جماهيرنا أن علاج الأعراض الهستيرية فى الشباب أو الشابات هو الإسراع بالزواج ، وبالطبع لايساعد ذلك على الشفاء ، بل العكس صحيح فعادة ما يفشل الزواج ، ولا يستطيع الآباء أو الأمهات الاعتناء بأطفالهم وتسوء الحالة عامة .

٩- لايصح إدخال مرضى الهستيريا المستشفى إلا فى الحالات الشديدة مثل الانتحار ، الشلل التام ، شبه العته الهستيرى ، ويستحسن علاجهم بالعيادة الخارجية ؛ حيث إن تأثيرهم على المرضى الآخرين ومبالغتهم لها أثر سئ على جو المستشفى ، ويزيد على ذلك امتصاصهم لأعراض المرضى الآخرين.

١٠- علينا أن نحاول دائماً إبقاء المريض فى مكان عمله ، مهما تكن الظروف وتخفيف آلامه وتحسين أعراضه ، ثم البحث عن العوامل اللاشعورية بعد ذلك حتى لا يكون العلاج ذريعة له ؛ للتوقف عن العمل والاعتماد التام على الأطباء .

١١- علينا أن نتذكر أن المريض قد تبنى «الدور المرضى Sickness Role» لمزايا القيام بهذا الدور ، وأنه قد وازن بين مضار ومزايا المرض، واستنتج أن الانغماس فى هذا الدور المرضى أفضل من التمتع بالصحة .

وتفسر الهستيريا علميا حسب المدرسة السلوكية ونظريات التعلم بتبنى سلوك الدور المرضى Sickness Role Behaviour ؛ ولذا يهتم المريض بالقيام بهذه الوظيفة أكثر من اهتمامه بأعراضه ، ويجب أخذ ذلك فى الاعتبار أثناء العلاج .

١٢- الحرص التام فى التفرقة بين الاضطرابات التحولية والانشقاقية (الهستيريا) اللاشعورية ، والادعاء أو التصنع الشعورى المنشأ .

٩- اضطرابات جسدية الشكل

Somatoform Disorder

السمة الرئيسية هى الشكوى المتكررة من أعراض جسمية ، مع طلبات مستمرة بإجراء الاستقصاءات الطبية ، على الرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأنة الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدنى ، وإذا كانت هناك أية اضطرابات بدنية فهى لاتفسر طبيعة أو شدة الأعراض ولا انزعاج وانشغال المريض .

وحتى إذا كانت بداية واستمرار الأعراض ترتبط ارتباطاً وثيقاً بأحداث حياتية مزعجة أو بمصاعب أو صراعات .. إلا أن المريض عادة ما يقاوم محاولات مناقشة احتمال أن يكون سبب الحالة نفسيا ، وقد يكون الأمر كذلك فى وجود أعراض اكتئاب وقلق واضحة ، ودرجة التفاهم التى بالطبيعة البدنية الأكيدة لمرضهم وبالحاجة إلى إجراء مزيد من الاستقصاءات ، تكون عادة مخيبة للأمل ومحبطة لكل من المريض والطبيب .

ويوجد فى هذه الاضطرابات عادة درجة من السلوك الجاذب للانتباه (الهستيرى) خاصة فى المرضى ، الذين يضايقهم فشلهم فى إقناع أطبائهم بالطبيعة البدنية الأكيدة لمرضهم ، وبالحاجة إلى إجراء مزيد من الاستقصاءات أو الفحوصات.

التشخيص الفارق : من ضلالات توهم المرض ، ويعتمد عادة على المعرفة الوثيقة ، فعلى الرغم من أن الاعتقادات تستمر لفترة طويلة ، ويبدو المريض متمسكا بها ضد أى منطق ... إلا أن درجة الاقتناع ، فى المدى القصير ، قابلة للمناقشة والطمأنة .

وبالإضافة إلى ذلك .. فإن وجود أحاسيس بدنية مزعجة ومخيفة يمكن اعتبارها تفسيرا مقبولا حضاريا ، يفسر استمرار القناعة بالإصابة بمرض بدنى.

يستبعد : اضطرابات انشقاقية ، اقتلاع الشعر ، الكلام كالأطفال ، التعلثم ، قضم الأظافر ، عوامل نفسية أو سلوكية مصاحبة للاضطرابات أو أمراض مصنفة فى مكان آخر ، عسر الوظيفة الجنسية غير المحدث باضطراب أو مرض عضوى، مص الإبهام ، اضطراب الحركة النمطية (فى الطفولة والمراهقة) ، زملة توريت ، هوس نتف الشعر .

أ- **اضطرابات الجسدنة** Somatization Disorder :

السمات الرئيسية هى أعراض بدنية متعددة ومتكررة وغالبا متغيرة ، مستمرة لمدة عـامين على الأقل ، ويكون لأغلب المرضى تاريخ طويل ومـعـقـد من خـلال الخدمات الصحية الأولية والمتخصصة ، يكون فى أثنائها قد أجريت لهم استقصاءات سلبية أو عمليات جراحية كثيرة لا طائل من ورائها ، وقد تكون الأعراض خاصة بأى جزء أو جهاز من الجسم .

ومسار الاضطراب مزمن ومتذبذب ، وكثيرا ما يصاحبه اختلال طويل المدى فى السلوك الاجـتماعى والشـخصى والعائلى . ويجب أن تصنف الأعراض قصيرة المدى (أقل من عـامين) والأقل شـدة تحت اضطراب (الجـسـدنة) غـيـر المـمـيـز (ف١ ,٤٥) .

مؤشرات تشخيصية :

يحتاج التشخيص الأكيد إلى وجود كل من التالى :

١- عـامين على الأقل من الأعـراض البـدنيـة المتـعـددة والمخـتلفـة ، والتى لم يستدل على تفسير بدنى لها .

٢- الرفض المستمر لقبول النصح أو الطمأنة من عدة أطباء مـختلفين ، بأنه لايوجد تفسير بدنى للأمراض .

٣- درجة من اضطراب الوظيفة الاجتماعية والعائلية ، مرجعها إلى طبيعة الأعراض والسلوك المترتب عليها .

ويتضمن : اضطراباً نفسجسدى متعدداً ، زملة تعدد الشكوى المرضية .

ويستبعد : التمارض .

التشخيص الفارق :

١- **عن اضطرابات بدنية** : حيث إن مرضى حالات اضطراب الجسدنة طويلة المدى عرضه للإصابة باضطرابات بدنية مستقلة مثلهم مثل أى شخص آخر فى مثل سنهم . ويجدر التفكير فى إجراء استقصاءات أو استشارات أخرى، إذا حدث أى تغيير فى التركيز على أو ثبات الشكاوى البدنية ؛ مما قد يدل على احتمال وجود مرض بدنى .

٢- **عن اضطرابات وجدانية (اكتئابية) واضطرابات قلق** : حيث إنه كثيراً ما يصاحب اضطرابات الجسدنة درجات متباينة من الاكتئاب والقلق ، ولكنها لاتحتاج إلى بند خاص إلا إذا كانت شديدة بدرجة كافية ومستمرة بشكل يسوغ لها تشخيصا فى حد ذاتها ، وإذا بدأت الأعراض البدنية المتعددة بعد سن الأربعين .. فإن ذلك قد يكون بداية ظواهر اضطراب اكتئابى أولى خاصة فى الرجال .

٣- **عن اضطراب توهم المرض** : حيث يكون التركيز فى اضطرابات الجسدنة على الأعراض نفسها وعلى تأثير كل منها منفردا ، فى حين أنه فى توهم المرض يوجه الانتباه أكثر إلى وجود مرض خطير وتفاقم نتائجه العضاله .

وفى توهم المرض يميل المريض إلى المطالبة باستقصاءات لتحديد أو تأكيد طبيعة المرض الموجود ولكنه يخشى العقاقير وأعراضها الجانبية ويسعى لإعادة الطمأنة من خلال تعدد زياراته لأطباء مختلفين ، أما مريض اضطراب الجسدنة فيطلب العلاج ليزيل الأعراض ، وعادة ما يفرط فى استخدام الأدوية ، مع عدم الاذعان لاستخدامها لفترات طويلة .

٤- **وعن اضطرابات ضلالية** : (مثل: الفصام مع ضلالات جسمية ، والاضطرابات الاكتئابية مع ضلالات توهم المرض) ، وتتميز الاضطرابات الضلالية بطبيعة شاذة للاعتقادات ، بالإضافة إلى عدد أقل وطبيعة أكثر ثباتاً للأعراض البدنية .

ويفضل تصنيف أنماط الأعراض قصيرة المدى (على سبيل المثال أقل من عامين) ، والأقل بروزاً تحت اضطراب جسدى الشكل غير مميز .

ب- اضطراب جسدى الشكل ، غير مميز :

Undifferentiated Somatoform Disorder

تستخدم هذه الفئة فى الحالات التى توجد فيها شكاوى جسمية متعددة ، متباينة ومستمرة ، ولكنها لا تستوفى معايير الصورة الكاملة والنموذجية لاضطراب الجسدنة المتعددة .

على سبيل المثال ، قد يغيب الأسلوب القوى الدرامى فى الشكوى ، أو قد تكون الأعراض قليلة العدد نسبيا ، أو قد تكون السمات المصاحبة الخاصة بالمريض والعائلة غير موجودة تماما . وقد تكون أو لا تكون هناك أرضية لافتراض سبب نفسى ، ولكن

يجب ألا يتوافر أساس بدني للأعراض التى يستند إليها التشخيص الطبنفسى . وإذا كان ثمة احتمال محدد لوجود اضطراب بدنى ، أو إذا كان التقويم الطبنفسى لم يستكمل بعد حتى وقت إدراج الرمز الشفرى التشخيصى ، عندئذ يجب استخدام فئات أخرى من فصول ملائمة .

جـ- اضطراب توهم المرض (المراق) Hypochondriacal Disorder:

السمة الأساسية هى انشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات البدنية الخطرة والمتفاقمة ، يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة .

وكثيرا ما يفسر الشخص الأحاسيس والظواهر الطبيعية والعادية باعتبارها غير طبيعية ومزعجة ، كما يركز الانتباه عادة على واحد أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم . وقد يذكر المريض اسم الاضطراب الجسمى الذى يخشاه ، ومع ذلك .. فإن درجة اقتناعه بوجود المرض والتركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر ، تتضح عادة ما بين الاستشارات الطبية ، وعادة ما يتبين المريض احتمال وجود اضطرابات بدنية أخرى ، بالإضافة إلى الاضطراب الأساسى .

وغالبا ما يكون الاكتئاب والقلق الشديدان موجودين ، وقد يستدعيان استعمال تشخيص إضافى ، ونادراً ما تظهر هذه الاضطرابات بعد سن الخمسين ، وعندئذ يكون مسار كل من الأعراض عادة مزمناً ومتذبذباً . ويجب ألا تكون هناك ضلالات ثابتة خاصة بوظائف الجسم أو شكله ، وتصنف هنا المخاوف من وجود مرض أو أكثر (رهاب المرض) .

تظهر هذه الزملة فى كل من الرجال والنساء ، ولا تستدعى وجود خصائص معينة مألوفة (على عكس اضطراب الجسدنة) .

ويظل كثير من المرضى ، خاصة ذوى الأشكال الأخف شدة من الاضطراب فى إطار الرعاية الطبية الأولية أو تخصصات طبية غير نفسية أخرى. وعادة ما يرفضون الإحالة إلى الطب النفسى ، إلا إذا تم ذلك فى مرحلة مبكرة من تطور الاضطراب ، ومن خلال التعاون اللبق بين الممارس العام والطبيب النفسى . أما درجة الإعاقة الناجمة عن الاضطراب فمتباينة جدا ، فبعض المرضى يسيطرون على ويناورون (يتلاعبون بـ) عائلاتهم وعلاقاتهم الاجتماعية بواسطة أعراضهم ، على العكس من الأقلية التى تستمر فى أداء وظيفتها بشكل طبيعى إلى حد كبير .

مؤشرات تشخيصية :

من أجل التشخيص الأكيد ، يجب أن يتوافر كل من النقطتين التاليتين :

١- اعتقاد مستمر بوجود مرض بدنى خطير أو أكثر ، يتسبب فى العرض أو الأعراض الموجودة ، على الرغم من أن الاستقصاءات المتكررة لم تنجح فى تعريف أى تفسير بدنى مقنع .

٢- رفض مستمر بقبول النصح والطمأنة من عدة أطباء مختلفين ، بعد وجود مرض بدنى يفسر الأعراض .

ويتضمن : اضطراب التشوه الوهمى لشكل الجسد ، وعصاب توهم المرض ، وتوهم المرض (المراق) ، ورهاب المرض .

يستبعد : رهاباً ضلالياً (ضلال التشوه الوهمى لشكل الجسد) ، وضلالات ثابتة حول وظائف أو شكل الجسد .

التشخيص الفارق :

١- **عن اضطراب الجسدنة** : وهنا يجب تأكيد وجود الاضطراب ذاته وتوابعه المستقبلية ، وليس الأعراض المنفردة . وفى اضطراب توهم المرض ينشغل المريض غالباً باضطراب أو اثنين بدنيين مختلفين ، ويذكرهما بشكل دائم وثابت، بخلاف الاحتمالات الأكثر تعدداً وتغيراً فى اضطراب الجسدنة . ولايختلف معدل الإصابة بتوهم المرض كثيراً بين الجنسين ، ولا يتسم بدلالات عائلية خاصة .

٢- **عن الاضطرابات الاكتئابية** : فإذا كانت الأعراض الاكتئابية بارزة بشكل واضح ، وسبقت ظهور أفكار توهم المرض ، فقد يكون الاضطراب الاكتئابى أوليا ، وتوهم المرض ثانويا .

٣- **عن اضطرابات الضلالة** : لاتتميز الاعتقادات فى توهم المرض بالثبات ذاته ، الذى تتميز به الضلالات الجسمية المصاحبة لاضطرابات الاكتئاب والفصام ، التى يقتنع فيها المرضى بأن مظهرهم مزعج أو جسمهم مشوه .

يصنف رهاب التشوه الوهمى لشكل الجسد فى الجزء (اضطراب ضلالى) .

٤- **وعن اضطراب القلق والهلع** : فقد تفسر الأعراض الجسمية للقلق أحياناً على أنها علامات مرض بدنى خطير ، ولكن فى هذه الاضطرابات يطمئن المرضى عادة بالتفسيرات الفسيولوجية ، وبالتالى لا تتكون لديهم قناعات بوجود مرض بدنى .

د- اختلال وظيفى جسدى الشكل فى الجهاز العصبى المستقل :

Somatoform autonomic dysfunction

يعرض المريض أعراضه ، وكأنها نتيجة لاضطراب جسمى فى جهاز أو عضو يغذيه ، ويتحكم فيه غالباً أو تماماً الجهاز العصبى اللاإرادى ؛ أى القلب ، والدورة الدموية ، الجهاز الهضمى ، والجهاز التنفسى (تدرج هنا أيضا بعض وظائف الجهاز التناسلى والبولى) . والأمثلة الأكثر بروزا وشيوعا ، هى تلك المرتبطة بالقلب والجهاز الدورى (عصاب القلب) ، والجهاز الهضمى (عصاب المعدة والإسهال العصبى) .

والأعراض عادة نوعان ، لايعكس أياً منهما اضطراباً بدنياً فى العضو أو الجهاز المعنى : النوع الأول ، والذى يعتمد عليه هذا التشخيص إلى حد كبير ، هو ما يختص بالشكاوى ، التى ترتكز على علامات موضوعية ، دالة على تنبه الجهاز العصبى المستقل ، مثل : الخفقان ، العرق والاحتقان والرجفة .. إلخ .

أما النوع الثانى ، فهو ذاتى وتلقائى وأقل تحديداً مثل الأحساس بآلام وأوجاع عابرة (حرقة ، ثقل ، قبضة ، إحساس بالانتفاخ أو التمدد) . ويرجع المريض هذه الأعراض إلى عضو أو جهاز بعينه (مثلها مثل أعراض الجهاز العصبى المستقل) ، وتتكون الصورة السريرية المميزة لهذا الاضطراب من توليفة من إصابة واضحة للجهاز العصبى اللاإرداى ، وشكاوى إضافية غير محددة وذاتية، راجعة باستمرار إلى عضو أو جهاز بعينه باعتباره سبب الاضطراب .

وفى كثير من مرضى هذا الاضطراب ، يمكن أيضا توفير دليل على وجود إجهاد نفسى أو صعوبات ومشكلات جارية ، تبدو مرتبطة بالاضطراب ، ولكن هذا ليس هو الحال فى نسبة كبيرة من المرضى ، الذين يستوفون على الرغم من ذلك معايير تشخيص هذه الحالة .

وقد تتضمن هذه الاضطرابات أيضاً بعض الاضطرابات غير الخطيرة فى

الوظائف الفسيولوجية ، مثل : الفواق ، الانتفاخ ، وفرط التهوية الرئوية ، ولكن هذا لا تضير فى حد ذاتها بالوظيفة الفسيولوجية الأساسية للعضو أو الجهاز .

يتضمن : عصاب القلب ، زملة داكوستا ، عصاب المعدة ، الوهن الدورى العصبى ، أنماط نفسية المنشأ من: التهام الهواء ، السعال ، الإسهال ، عسر الهضم، عسر التبول ، الانتفاخ ، نوبات فرط التهوية ، زيادة معدل التبول ، زملة الأمعاء النزق ، تقلص المعدة .

مؤشرات تشخيصية :

التشخيص المؤكد يستلزم وجود كل من التالى :

١- أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل ، مثل : الخفقان والعرق ، والرعشة والتورد .. إلخ ، بشرط أن تكون مستمرة وتمثل مصدراً للإزعاج.

٢- أعراض ذاتية إضافية ترجع إلى عضو أو جهاز معين .

٣- انشغال وانزعاج بشأن احتمال وجود اضطراب خطير (ولكن غير محدد غالبا) بالعضو أو الجهاز المذكور ، لايستجيب للشرح والطمأنة المستمرة بواسطة الأطباء .

٤- ولا يوجد دليل على وجود اضطراب ذى مغزى فى تركيبه ، أو وظيفة الجهاز ، أو العضو المذكور .

التشخيص الفارق :

يتميز عن اضطراب القلق العام بواسطة غلبة العناصر النفسية للتنبه العصبى اللاإرادى ، مثل : الخوف وتوقع الشر فى اضطراب القلق العام ، مع غياب بؤرة جسمية ثابتة للأعراض الأخرى ، أما فى اضطرابات الجسدنة ، وعلى الرغم من احتمال حدوث أعراض عصبية لا إرادية، إلا أنها ليست بارزة أو مستمرة، بالمقارنة بالأحاسيس والمشاعر الكثيرة الأخرى ، كما أن الأعراض لاتقتصر بهذه الدرجة من الثبات على عضو أو جهاز واحد بالجسم .

هـ- اضطراب الألم المستمر (جسدى الشكل) :

Persistent Somatoform Pain Disorder

الشكوى الأساسية هى ألم مستمر ومزعج ، لايمكن تفسيره تماماً بواسطة عملية فسيولوجية أو اضطراب بدني . يكون غالبا مرتبطاً بصراع عاطفى أو مشكلات نفس اجتماعية ، تكفى لاستنتاج أنها المؤشرات المسببة الرئيسية . وينتج عن ذلك زيادة شديدة فى المساعدة والاهتمام الشخصى أو الطبى ، ولايدرج هنا الألم المفترض أن مصدره نفسى المنشأ ، والذى يحدث خلال مسار اضطراب الاكتئاب أو الفصام .

الألم الناتج عن آلام نفسفسيولوجية معروفة أو مستنتجة مثل ألم توتر العضل أو الصداع النصفى (الشقيقة) ، والذى يعتقد أن له سبباً نفسى المنشأ ، يجب أن يرمز له باستخدام تشخيص (خلل وظيفى فسيولوجى آخر مصحوب بعوامل نفسية أو سلوكية) ، بالإضافة إلى رمز إضافى من مكان آخر من التصنيف الدولى للأمراض – ١٠ (مثال الصداع النصفى (الشقيقة)) .

يتضمن : الألم النفسى ، وألم الظهر نفسى المنشأ ، وألم الرأس نفسى المنشأ، واضطراب الألم جسدى الشكل .

التشخيص الفارق :

المشكلة الأكثر شيوعا هى التمييز بين هذا الاضطراب والمبالغة الهستيرية . فى وصف ألم عضوى المصدر ؛ فالمرضى الذين يعانون من ألم عضوى لم يصل الأطباء بعد إلى تحديد تشخيص بدنى له ، قد يصابون بفزع أو امتعاض يترتب عليه سلوك جاذب للانتباه . كما أن أنواعاً مختلفة من الأوجاع والآلام قد تشيع فى اضطرابات الجسدنة ، ولكن دون أن تكون مستمرة أو بارزة عن الشكاوى الأخرى ، مثلما هو الحال هنا .

و- اضطرابات أخرى جسدية الشكل Other Somatoform Disorders:

تضم هذه الفئة أية اضطرابات أخرى فى الإحساس أو الوظيفة أو السلوك ، ليست مترتبة على اضطرابات بدنية ولاتعبر عن نفسها من خلال الجهاز العصبى المستقل ، وتقتصر على أجهزة أو أجزاء معينة من الجسم ، وترتبط ارتباطاً زمنياً وثيقاً بأحداث شديدة الكرب أو مشكلات .

وتصنف هنا أيضا اضطرابات الإحساس الأخرى ، التى ليست نتيجة

لاضطرابات بدنية، ولكنها مرتبطة ارتباطا زمنيا وثيقا بأحداث ذات وطأة أو مشكلات (تؤدى إلى زيادة دالة فى كم الانتباه ، الذى يحظى به المريض ، سواء كان اهتماما ذاتيا أو طبيا) وأحاسيس التورم ، والإحساس بحركة فوق الجلد والأحاسيس الغريبة (التنميل أو الخدر) ليست إلا أمثلة شائعة .

كذلك تدرج هنا الاضطرابات التالية ،مثل :

- (الصعو) الهستيرى واضطرابات أخرى مصحوبة بحركات تقلصية (لكن باستبعاد زملة توريت) .
- عسر (آلام) الحيض نفسى المنشأ .
- عسر البلع الهستيرى «اللقمة الهستيرية» (الكرّيه) .
- الحك نفسى المنشأ (غير المصاحب لأمراض جلدية يدخل العامل النفسى فى منشأها) .
- الصوت بالأسنان .

١٠- النهك أو الإعياء العصبى (زملة التعب) Neurasthenia :

توجد تغيرات حضارية كبيرة فى الشكل ، الذى يتخذه ظهور هذا الاضطراب، ويوجد منه نوعان يتطابقان بدرجة لابأس بها، أحدهما : تتمثل سمته الأساسية فى الشكوى من زيادة التعب بعد أى جهد عقلى، وعادة ما يصاحبه انخفاض فى الأداء الوظيفى أو الكفاءة فى التعامل مع المهام اليومية . ويوصف التعب نمطيًا بأنه تداخل مزعج من تزاملات أو استرجاعات ومشقة وصعوبة فى التركيز وتفكير غير كفء بشكل عام .

أما فى النوع الثانى ، فإن التركيز يكون فيه على أحاسيس بالضعف الجسدى أو البدنى والإجهاد فقط بعد أقل مجهود ، وتصاحبه أحاسيس بالأوجاع والآلام العضلية وعدم القدرة على الاسترخاء . وفى كلتا الحالتين تشيع مشاعر بدنية أخرى مزعجة ومختلفة ، مثل : الدوخة وصداع التوتر ، وإحساس عام بعدم الثبات ، كذلك يكثر الانزعاج بشأن انخفاض الكفاءة العقلية والجسمية والنزق ، وانعدام اللذة ودرجات خفيفة الشدة ومتفاوتة من كل من الاكتئاب والقلق . وعادة يكون النوم مضطرباً فى أطوار النهك العصبى الأولى والمتوسطة ، ولكن فرط النوم قد يكون بارزاً أيضا .

مؤشرات تشخيصية :

للتشخيص المؤكد ، يلزم وجود الآتى :

١- إما ...

(أ) شكاوى مستمرة ومزعجة بالتعب المتزايد بعد الجهد العقلى .

أو ...

(ب) شكاوى مستمرة ومزعجة بالضعف والإجهاد الجسدى بعد أقل مجهود، يصاحبهما أحاسيس جسمية مزعجة (على سبيل المثال أوجاع أو آلام عضلية وعدم القدرة على الاسترخاء) .

٢- وعرضان على الأقل من الأعراض التالية :

أ) إحساس بأوجاع أو تقلصات عضلية . ب) دوار .

جـ) أنواع صداع التوتر . د) اضطراب فى النوم.

هـ)عدم القدرة على الاسترخاء . و) نزق .

ز) عسر هضم .

٣- وغياب أعراض القلق أو الاكتئاب بشكل مستمر وكاف ، لاستيفاء شروط أى من الاضطرابات الأكثر تحديداً .

التشخيص الفارق :

لم يعد النهك العصبى فى كثير من البلاد مقبولا كفئة تشخيصية من فئات اضطرابات العصاب ؛ إذ إن كثيراً من الحالات ، التى كان يتم تشخيصها كذلك فى الماضى ، تستوفى المعايير الحالية لاضطراب الاكتئاب أو اضطراب القلق أو الفصام . ومع ذلك فقد تكون هناك بقية من الحالات ، ينطبق عليها سمات النهك العصبى أكثر من أية زملة عصابية أخرى . وتبدو هذه الحالات أكثر شيوعاً فى بعض الحضارات عنها فى حضارات أخرى مثل الحضارة المصرية والعربية . فإذا كان لفئة التشخيص المسماة بالنهك العصبى أن تستعمل على الإطلاق ، فيجب أولاً أن تتم محاولة لاستبعاد مرض اكتئابى أو اضطراب قلق .

السمة المميزة للزملة هى تركيز المريض على التعب والضعف وانشغاله بشأن انخفاض كفاءته العقلية والبدنية (بخلاف الاضطرابات جسدية الشكل ؛ حيث تهيمن

الشكاوى الجسدية والانشغال بالمرض البدنى على الصورة السريرية) . وإذا تكونت زملة النهك العصبى عقب مرض بدنى (خاصة الإنفلونزا والالتهاب الكبدى الفيروسى أو اضطرابات الغدد الصماء ، فقر الدم أو نقص الفيتامينات) ، فإنه يجب تسجيل تشخيص الحالة الأخيرة أيضا .

١١ – اضطرابات اختلال الأنّية والعالم الخارجى (تبدد الشخصية والواقعية)

Depersonalization Derealization syndrome (disorder)

هو اضطراب يشكو فيه الشخص تلقائيا من تغير كيفى فى نشاطه العقلى والجسدى أو العالم المحيط به ، بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقة ، بعيدة أو آلية . وقد يشير إلى أن حركاته وسلوكه لم تعد تلك الخاصة به ، وأن جسمه يبدو مفتقداً الحياة أو معزولا أو غريبا بشكل أو بآخر ، وأن العالم من حوله يبدو مفتقد اللون والحياة ومفتعلاً ، وأن الحياة تبدو كمسرح ، يتبادل عليه الناس تمثيل الأدوار .

وفى بعض الحالات ، قد يشعر الشخص ، وكأنه يشاهد نفسه من على بعد أو كأنه ميت ، وقد يشكو المريض «إننى أعرف ومتأكد بأننى حقيقى ، ولكن أحيانا أشعر أننى أنا (مش) أنا» .

وتعتبر الشكوى من فقدان المشاعر هى أكثر الشكاوى معدلاً بين هذه الظواهر المتعددة ، وقليل من المرضى يعيشون هذا الاضطراب فى شكله المفرد ، أما الأكثر شيوعاً فهو أن تحدث ظاهرة اختلال الأنية والعالم الخارجى ، فى إطار أمراض اكتئابية واضطراب الرهاب واضطراب الوسواس القهرى . كذلك قد تحدث بعض عناصر الزملة فى أفراد أصحاء عقليا ، أثناء حالات التعب أو الحرمان الحسى أو التسمم بعقاقير الهلوسة ، أو كظاهرة سابقة على النوم مباشرة أو تالية للاستيقاظ مباشرة . كذلك .. فإن مظاهر زملة تبدد الشخصية والواقعية تتشابه مع ما يعرف باسم «خبرات الاقتراب من الموت» ، المصاحبة للحظات الخطر الشديد على الحياة .

مؤشرات تشخيصية :

يستدعى التشخيص المؤكد وجود أى من أو كل من ١ ، ٢ بالإضافة إلى ٤،٣ :

١ – أعراض اختلال الأنية (أى إن الشخص يشعر بأن مشاعره الخاصة أو خبراته ، معزولة ، وبعيدة وليست خاصة به ، مفقودة .. إلخ) .

٢ – أعراض اختلال العالم الخارجى (أى إن الأشياء والناس والعالم المحيط تبدو

غير حقيقية ، بعيدة مفتعلة ، فاقدة اللون، فاقدة للحياة ... إلخ) .

٣- القبول بأن هذا التغير هو تغير ذاتي تلقائي ، وليس مفروضاً من الخارج أو من أشخاص آخرين (أى الاستبصار) .

٤- صفاء الوعى ، وعدم وجود حالة خلط تسممية أو صرع .

التشخيص الفارق :

يكون بتميزه عن الحالات الأخرى التى يشعر فيها المريض بوجود إحساس بتغير فى الشخصية ، مثل : الفصام (ضلالات التحول أو السلبية وخبرات التحكم) والاضطرابات الانشقاقية (حيث يفتقد الوعى بالتغيير) وبعض الحالات المبكرة من الخوف ، والنذر السابقة لنوبة صرع الفص الصدغي وبعض حالات ما بعد النوبة الصرعية ، والتى قد تتضمن زملات اختلال الأنية والعالم الخارجى كظواهر ثانوية.

وإذا حدثت زملة تبدد الشخصية والواقعية كجزء من اضطراب اكتئابى أو اضطراب رهاب أو اضطراب وسواس قهرى أو اضطراب فصامى ، فتعطى الأولوية للتشخيص الأساسى .

١٢- اضطرابات عصابية معينة أخرى

Other Specified Neurotic Disorders

تدرج هنا الاضطرابات المختلطة فى السلوك والمعتقدات والمشاعر ، التى ليس لها سبب ووضع تصنيفي محدد ، والتى تحدث بمعدلات خاصة فى حضارات معينة مثل «زملة دات» (هم غير مبرر بالضعف المترتب على خروج السائل المنوى) وكورو (اعتقاد بانكماش القضيب) ولاطا (استجابة سلوك مقلد وآلى) وكذلك الزار ، والمس ، والاندماج من تحت الأرض ، والحجاب والعمل .. إلخ ، فى مصر .

يتضمن : اضطراب بريكيه ، زملة دات ، عصاباً مهنيًا متضمنا «عقال الكاتب Writer's cramp» ، النهك النفسى، عصاب النهك النفسى ، الإغماء النفسى المنشأ ، عصاب لأجل التعويض .

ويتجه علاج كل الاضطرابات العصابية المصنفة فى هذا الفصل إلى العلاج النفسى باختلاف أنواعه مع التفريغ النفسى ، وغالباً ما يحتاج ويستفيد المريض إلى بعض العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب ؛ خاصة الحديثة منها ، وسيأتى ذلك بالتفصيل فى الفصل الخاص بعلاج العصاب .

علاج العصاب

لم تحظ الأمراض العصابية بدرجة التقدم نفسها ، التى وصلت إليها الأمراض الذهانية من ناحية العلاج الكيميائى والفسيولوجى والكهربائى ، ومازالت هذه الأمراض حبيسة مجموعة من العلاجات، التى سيتم شرحها فى هذا الفصل . ولكن لاشك أنه فى السنوات الأخيرة ، وباكتشاف العقاقير الكيميائية الجديدة المضادة للتوتر والقلق والاكتئاب ، قل الإحساس بهذه الانفعالات ، وتحرر كثير من هؤلاء المرضى من آلامهم النفسية ، ومعاناتهم الشديدة ، وأصبحوا قادرين على التأقلم والتكيف مع المجتمع ، حتى مع وجود بعض الأعراض العصابية .

وستقابل دائما مجموعة من العصابيين المزمنين ، يتحدون التقدم الحديث فى الطب النفسى ، ويعانون بشدة من أعراضهم ، وتفشل معهم معظم طرق العلاج المتاحة فى الوقت الحالى ، ويترددون على كافة الأطباء ، ويشكون ويحتجون على مرضهم المستمر ، ويجب أن نأخذ فى الاعتبار أن هؤلاء المرضى يحتاجون للمساعدة والمعونة، والتخفيف من آلامهم ، ولايصح إطلاقاً اتهامهم بالتوهم أو اختلاق الأعراض .

ولكن فى الوقت نفسه لايصح أن نلوم أنفسنا على عدم شفائهم ، أو نعتبر أنفسنا مسئولين عن تقصير الطب الحالى فى إزالة أعراضهم ، وإلاّ فإن ذلك سيكون له تأثيره النفسى على الطبيب المعالج ، ويبدأ فى التخلص أو التهرب من المريض نظراً لأن الطبيب يعتبر مرضه حينئذ تحدياً لقدراته ومرآة لفشله ؛ فعلينا تحمل أعراض هؤلاء المرضى ، وإبداء كل مساعدة ممكنة ، ولامانع من الاعتراف بعجز الطب الحالى عن استئصال المرض نهائيا، ولكن يوجد الآن ما يخفف من آلام هؤلاء .

ويجب أن نحدد هدفنا قبل البدء فى علاج أية حالة نفسية ، ونستطيع تلخيص أهدافنا فى ثلاث نقاط ، على النحو التالى :

١ – الشفاء التام :

وبالطبع فهذا أمل كل طبيب ومريض ، ولكن يصعب تطبيقه فى كثير من الحالات ؛ نظراً لغموض أسباب الأمراض العصابية ، واستحالة إيجاد السبب المباشر للمرض .

٢ – تخفيف أو شفاء الأعراض :

وهذا هو محور الطب بفروعه ، فكل العقاقير المستعملة فى الأمراض العضوية

والنفسية والعقلية تهدف لشفاء الأعراض بغض النظر عن الأسباب الأصلية؛ لأن واجب الطبيب الأول هو تخفيف آلام المريض، والتقليل من معاناته.

وكما قال أبقراط الشفاء نادراً ، والملائمة أحياناً والتخفيف والمواساة دائماً..

٣- التوافق الاجتماعي :

عندما يزمن المرض ، ويصعب شفاؤه بكل الوسائل العلاجية الحديثة ، ويصبح المريض عرضة للشلل الاجتماعي ، ودائم الاستبطان والتأمل الذاتي في أعراضه ، هنا يجب أن يكون اتجاه العلاج نحو تحمل هذه الأعراض ، والعمل على التعايش معها واختيار العمل المناسب لأغراضه ؛ حتى لا يتعرض المريض للانعزال والشلل الاجتماعي .

وسنواجه مشكلة أخرى في علاج الأمراض العصابية ، وهي المكان المناسب لعلاج هؤلاء المرضى : هل هو في العيادات الخارجية ، أو المستشفيات النهارية أو المستشفيات العامة أو الخاصة بالعصاب ، أو في مستشفيات الأمراض النفسية ، ولاشك أن معظم هؤلاء المرضى يعالجون خارج المستشفيات بالعيادات الخارجية ، ولكن توجد فئة منتقاة تحتاج للعلاج داخل المستشفى ؛ خاصة :

١- الأعراض الشديدة التي تجعل حياة المريض وسط المجتمع سلسلة من العذاب كالخوف من الأماكن المتسعة ، والأعراض القهرية الشديدة وحالات الشرود ، وفقدان الذاكرة والصوت ، أو الشلل الهستيري ، أو فقدان الشهية العصبي أو المحاولات الانتحارية .

٢- في حالة عدم التوافق الاجتماعي ، مثل : الاضطرابات العائلية ، أو الشجار الزوجي ، أو الاحتكاك المستمر في العمل ؛ مما يجعل ابتعاد المريض عن هذا المناخ ذا أهمية قصوى .

٣- عند ضرورة إعطاء علاجات خاصة كعلاج سلوكي أو جراحي أو العلاج بالأنسولين ... إلخ .

ويشكل دخول مرضى العصاب مستشفيات الأمراض النفسية مشكلة خطيرة، نظراً لتبرمهم المستمر واعتراضهم الدائم ، واحتجاجهم الشديد على الاختلاط بمرضى الذهان ، وأنهم في مستشفى للمجانين وبالطبع الخوف من الجنون ، وهو أحد الأعراض المهمة عند مرضى العصاب ، وكذلك فإنها مصدر الإرهاق والتعب وكثرة الطلبات للمنوطين بعلاجهم .

ويزيد عن ذلك أن اختلاط مرضى العصاب المزمنين ، بالمرضى الجدد ، له تأثيره السيئ على الروح المعنوية ، وخفض الأمل فى الشفاء ؛ مما يجعل تقدم العلاج بطيئاً ، كذلك يجد بعض المرضى فى المستشفى الملاذ للهروب من الواقع وعدم مواجهة الحياة ، وبالتالى يعتمدون على المستشفى ويرفضون الخروج ، أو كلما خرجوا من المستشفى أصيبوا بانتكاسات ؛ كى يعودوا ثانية تحت الحماية المعطاة لهم هناك .

وإنى أنصح نظراً لكل هذه الأسباب بعدم دخول مرضى العصاب مستشفيات الأمراض النفسية ، وإن كان لابد من إدخالهم المستشفى ، فيكون ذلك فى وحدات لعلاج العصاب ملحقة بالمستشفيات العامة أو المستشفيات الجامعية المكونة من حوالى ٣٠ – ٦٠ سريراً ، مع انتقاء المرضى ذوى الشخصية المتكاملة إلى حد ما واستبعاد مرضى العصاب المزمن ، والحرص التام على ألا تزيد مدة العلاج فى هذه الوحدة عن شهرين أو ثلاثة ، ووضع نظام يجب اتباعه فى هذه الوحدة دون استثناء ، مع المحاولات المستمرة لجعلهم على علاقة وثيقة بالمجتمع؛ وذلك بالسماح لهم بقضاء عطلة نهاية الأسبوع مع عائلاتهم ، والتأهيل المهنى ، ومساعدة الأخصائيين الاجتماعيين على تحسين توافقهم الاجتماعى .

طرق العلاج :

١– العلاج العام :

يجب على الطبيب أن يفسر لعائلة المريض طبيعة المرض ، وأن المريض يحتاج لمعونة وتشجيع واهتمام من أسرته ، ولكن يجب الحرص على عدم المبالغة فى إعطاء الحب والحنان الزائد للمريض أو المريضة ؛ حتى لايكون ذلك عقبة فى سبيل الشفاء ، كذلك يجب حث المريض على مواصلة العمل ، وعدم التوقف عن نشاطه الاجتماعى وخصوصا مرضى الهستيريا ، إلا بالطبع إذا كان المريض يعانى من الشلل أو فقدان الذاكرة .. فهنا يجب شفاء الأعراض قبل حثه على الاستمرار فى العمل ؛ لأن خطورة التوقف عن مزاولة نشاطه العادى لها عواقبها فيما بعد شفائه ؛ لأنه سيجد صعوبة بالغة فى تأهيل ذاته ومواجهة المجتمع مرة ثانية .

٢– العلاج الخاص :

أ– العلاج النفسى .

ب– العلاج العضوى .

(١) العقاقير .

(٢) الأنسولين .

(٣) جلسات الكهرباء .

(٤) الجراحة .

جـ- العلاج السلوكى .

د- العلاج الاجتماعى البيئى .

العلاج النفسي

إن تفسير كلمة العلاج النفسى يختلف تبعاً للمدرسة التى يتبعها المعالج النفسى ، ولكن يتفق الجميع على معنى عام هو أن الغرض الأساسى هو مناقشة أفكار وانفعالات المريض واكتشاف مصادر الصراع والإجهاد ، ومحاولة تكيف المريض مع المجتمع فى حدود قدراته الشخصية ، وذلك مع إقامة تحالف علاجى بين المعالج والمريض واستخدامه فى شفائه .

ويختلف الأطباء فى أساليبهم للوصول لهذا الغرض، فكل يتبع مدرسته الخاصة، ويؤمن بأنها الطريقة المثلى لاستئصال أسباب الصراع ، ولتغيير الشخصية، بل ويعطى الأدلة والبراهين على أن نظريته هى السائدة فى العلاج النفسى ، ويحتمل أن يكون كل معالج صادقا فى كلامه عن نظريته؛ إذ إن اعتقاده بطريقته يحمل التأثير والإيحاء للمريض .

ولذا فأنى أعتقد أن نجاح العلاج النفسى يعتمد على شخصية المعالج ومدى إيمانه بطريقته فى العلاج ، أكثر من الاعتماد على محتوى النظرية ذاتها ، واختلافها عن النظريات الأخرى، فادعاء رواد التحليل النفسى من اتباع فرويد فى شفاء مرضاهم ، يساوى نتائج علم النفس التحليلى من رواد يونج ، وذلك يوازى نسب الشفاء للذين يتبعون مذهب علم النفس الفردى من اتباع أدلر ، والكل يتساوى مع النظريات الحديثة فى العلاج النفسى من العلاج الوجودى ، إلى الهادف، إلى العميق إلى الشامل... إلخ ، ونستطيع تلخيص أهم أنواع العلاج النفسى كالآتى :

١- العلاج النفسى العميق ، مثل: التحليل النفسى ، والعلاج النفسى السطحى أو الهادف .

٢- العلاج النفسى الجماعى .

٣- العلاج النفسى المعرفى وعبر الشخصية .

العلاج النفسى العميق أو التحليلى

لا تستعمل هذه الطريقة فى مصر إلا نادراً ؛ نظراً لأن معظم الدراسات التى بنيت عليها هذه النظريات أوروبية الأصل ، وعامل الثقافة والحضارة يلعب دورا هاماً فى تكوين الشخصية ودرجة تفاعلها مع المجتمع ، فإن كان فرويد قد بنى نظريته على أساس سيدات الطبقة العليا فى ڤينا ، فمن الصعب تطبيق ذلك على سيدات الريف المصرى ، أو حتى بسيدات الطبقة العليا فى مصر إلا بالنسبة للاتى امتصصن الثقافة الغربية منذ طفولتهن .

يزيد عن ذلك أن عدد المرضى الممكن علاجهم بهذه الطريقة محدود جدا، إذا قورن بالعدد الهائل الذى يعانى من الأمراض النفسية ، والذى يحتاج لتدخل حاسم للتخفيف من آلامه ، فإذا نظرنا للعيادات الخارجية النفسية لمستشفيات الجامعة ، أو مستشفيات وزارة الصحة ، والصفوف الطويلة من المرضى الذين يطلبون العلاج ، لوضح لنا على الفور استحالة تطبيق هذا العلاج ، إلا لطبقة منتقاة من المجتمع ، أتاح لها الحظ أن تنعم بهذه الرفاهية ؛ إذ يجب على مريض التحليل النفسى أن يتحلى بعدة صفات لازمة ، أهمها إمكانياته المادية للعلاج خمس مرات أسبوعيا لمدة تصل أحيانا إلى خمس سنوات ، ثم قدرة ذكائية فوق المتوسطة ؛ حتى يستطيع التعبير عن ذاته لفظيا، ولكى يستوعب تفسير العلاج ، وسن معينة عادة أقل من الأربعين ، ثم الإيمان الراسخ بالتحليل النفسى كوسيلة للعلاج ، أما من لا يتحلى بهذه الصفات فقد حرم عليه التحليل النفسى ، ويعتبر غير صالح لهذا النوع من العلاج .

لاشك أن العلاج النفسى العميق والبحث عن العوامل الدفينة فى طفولة الفرد له مميزاته ، ويوجد بعض الحالات الشديدة المزمنة ، التى تحتاج لهذا النوع من العلاج ، ولكن يجب ألا ينسينا ذلك أن غالبية مرضى العصاب لايحتاجون لهذا العلاج المتخصص ، وتتوافر الآن سبل أخرى للعلاج ، تشفيهم من آلامهم دون الحاجة إلى فترات العلاج الطويلة والتكاليف الباهظة ؛ خاصة أنه بدأ يتضح الآن الأسباب الفسيولوجية لهذه الأمراض .

ويوجد عدة مدارس للعلاج النفسى العميق أهمها التحليل النفسى ، والذى يعتمد أساساً على الجنسية الطفلية والصدمات التى تلقاها المريض فى الخمس سنوات الأولى من حياته ، مع عمليات التداعى الحر ، وتفسير الأحلام والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية ، كذلك علم النفس التحليلى ليونج وعلم النفس الفردى

لأدلر وعلاجات أخرى متعددة ، وقد سبق الإشارة إلى هذه المدارس بإيجاز فى أسباب الأمراض النفسية .

العلاج النفسى الهادف أو السطحى :

وهذا العلاج من أكثر الطرق انتشارا فى معظم البلاد ؛ نظراً لإمكانية تطبيقه عمليّا ، وعامل الاقتصاد الزمنى ، وأهم مقوماته :

١- الغرض من العلاج شفاء الأعراض ، وحل المشاكل الحالية .

٢- عدم محاولة البحث بعمق عن الصدمات الطفلية إلا فى حدود المعقول.

٣- تفسير الأعراض بطريقة واضحة ، دون الاستعانة بألفاظ ضخمة مثل عقدة أوديب ، الاحتجاج الذكرى ، وعقدة الغيرة القضيبية ، التثبيت الأبوى ، الجنسية المثلية الكامنة ... إلخ .

٤- تعتمد طريقة العلاج على سلسلة من الجلسات النفسية .

٥- لامانع من استعمال طرق العلاج الأخرى من عقاقير مطمئنة أو مهدئة... إلخ .

وأساس العلاج النفسى الهادف هو :

١- الإيحاء :

وهنا يستطيع الطبيب تغيير كثير من انفعالات المريض من خلال التجاوب الانفعالى بينهما ، واستعمال السلطة التى يمتلكها الطبيب فى وضع المريض فى حالة إيحائية .

٢- التفسير والتشجيع :

يجب على المعالج أن يفسر للمريض طبيعة مرضه ، ويطمئنه على أسباب المرض ويشرح له معنى أعراضه نفسيا ، مع تشجيعه على التكيف ومواجهة الواقع و الصمود أمام الإجهاد .

٣- المعاضدة والتدعيم :

بالاهتمام بأعراض المريض ومشاركته دون انفعال واضح ، وأنه يوجد من يستطيع فهم شكواه .

٤- النصيحة والإرشاد :

دون تحيز ودون أخذ دور الواعظ الدينى أو الاجتماعى ، بشأن مشاكله الجنسية والعاطفية والزوجية والمهنية .

٥- التنفيس والتفريغ العقلى :

مناقشة مشاكل المريض ، وانفعالاته ومخاوفه وشعوره بالذنب أو تأنيب الضمير؛ لأن التعبير عن هذه المشاعر يجعله ينظر إليها بطريقة موضوعية أخرى.

٦- التجاوب الانفعالى (التحالف العلاجى) :

إقامة علاقة تقدير بين المعالج والمريض ، المعالج الذى لايصح أن يعلق على أو ينقد تصرفات المريض .

٧- يجب على المعالج :

أن يأخذ موقفا سلبيا فى بدءالعلاج ، وألا يتسرع فى إعطاء النصيحة أو إبداء الحكم على موقف ما ؛ لأنه مع مناقشته للمريض سيتخذ الأخير الحل الأوفق، ويكون بذلك قد بدأ الاعتماد على ذاته واتخاذ قرارات بنفسه دون تردد .

وأكثر أنواع العلاج الهادف شيوعاً هو العلاج النفسى المعرفى والعلاج النفسى عبر الشخصية ، وهذان النوعان من العلاج النفسى خضعا لتجارب لمعرفة مدى صلاحيتهما ، مع العلاج بالعقاقير ؛ خاصة فى اضطرابات الاكتئاب والقلق والهلع واضطرابات الأكل .

العلاج النفسى السلوكى المعرفى :

نشأ هذا العلاج منذ حوالى عشرين سنة بواسطة الأخصائى النفسى «هارون بيك» وزملائه فى الولايات المتحدة ، ويتميز العلاج السلوكى فى إزالة الأعراض المرضية مباشرة ، دون البحث عن الصراعات النفسية والصدمات الطفلية كما هو متبع فى التحليل النفسى ، ولكن هذا العلاج المعرفى يهتم اهتماماً واضحاً بالمشاعر والتجارب الذاتية للفرد ، وينظر العلاج المعرفى للأفكار الواعية على أنها الأساس والمركز الذى تدور حوله أعراض القلق والاكتئاب والجسدنة ، ومن ثم فالاضطراب فى هذه الأمراض يكمن فى محتوى وأسلوب التفكير .

ويتجه العلاج إلى تعديل وتطوير وتغيير التشوه والنظم المعرفية ، فإذا أخذنا الاكتئاب كمثال ، نجد أن تفسير المكتئب للعالم والحياة يختلف عن الفرد العادى ، وهنا يسمى مفهوم التفكير «بثلاثية السلبية المعرفية» ؛ أى إنه يفسر الحاضر والماضى والمستقبل بطريقة سلبية انهزامية ، ويدرك الأحداث كلها بالحرمان والمصاعب والفشل والدونية ، وأنه عديم القيمة والنفع وغير محبوب أو مرغوب .

وفى النظرية المعرفية يعتبر التفكير المرضى هو الأساس أما الجزء الوجدانى والدوافع فهى ثانوية للتفسير السلبى للأحداث ، وبعض مكونات تفكير المكتئب تتخلص فى الآتى :

١- الاستنتاج الخاطئ فإذا لم يبتسم الرئيس فى وجه مرؤوسه المكتئب ، فهذا يعنى أنه ينوى فصله .

٢- التجريد الانتقائى فمثلا الزوج الذى يحتفل بعيد زواجه ويدعو زوجته للعشاء ويحضر لها هدية ، ولكنه لايرسل كارتا بالتهنئة ، فهنا تفسر الزوجة المكتئبة هذا الحدث بأنه دليل على أنه لايهتم بها .

٣- التعميم الزائد فمثلاً طالب الطب المجتهد الذى أثبت كفاءته ، ثم إذا فشل فى أخذ عينة دم يفسر ذلك بأنه فاشل ، ويجب ابتعاده عن مهنة الطب .

٤- التضخيم والتقليل فالمكتئب يضخم سلبيات الموقف ، ويقلل من قيمة النواحى الإيجابية .

٥- التسمية الخاطئة فإذا أصدر الأستاذ نصيحة إلى تلميذه بأنه تأخر فى إنهاء البحث ، فهذا يعنى أنه سبه وأهانه وصرخ فى وجهه .

ويتجه العلاج المعرفى إلى تغيير نمط التفكير بتعزيز وتقوية النواحى الإيجابية وإطفاء التحوير السلبى فى التفكير ، من خلال جلسات منظمة مقننة معرفية تعتمد على المنطق والمناقشة ، وتتراوح عادة بين ١٢ - ١٦ جلسة .

وحيث إن النظم المعرفية تعتمد على الثقافة والحضارة والتعلم البيئى ؛ لذا يجب عدم استيراد النظم المعرفية الغربية ، ولكن يجب تقنين العلاج المعرفى الخاص بالقيم الأخلاقية والدينية فى مصر والبلاد العربية ، والذى يتفق مع تفكيرنا ومعتقداتنا .

العلاج النفسى عبر الشخصية :

ظهر هذا العلاج فى الولايات المتحدة تحت تأثير كليرمان ، ويعتمد أساساً على العلاقات الشخصية فى حياة الفرد من الأبوين والأخوة ، والمدرسين ، والأصدقاء وزملاء العمل ... إلخ ، والغرض هو تحسين المهارات الاجتماعية الحالية بالتشجيع والإيضاح وتقوية المهارت الاجتماعية ودراسة العلاقات الشخصية، ويستغرق العلاج من ١٢ – ١٦ أسبوعاً ، بواقع جلسة واحدة كل أسبوع.

وقد ثبت من التجارب المختلفة فائدة العلاج النفسى المعرفى وعبر الشخص فى حالات الاكتئاب الخفيف والقلق والهلع وفقد الشهية العصبى والنهم العصبى ، واضطرابات الجسدنة ، خاصة مع العقاقير الكيميائية ، أما فى الاكتئاب الشديد فتتفوق العلاجات الكيميائية على العلاج النفسى ، إلا فى حالات النكسات المتكررة أوعدم الاستجابة للدواء ؛ فهنا يلعب العلاج النفسى المعرفى دورا هاماً .

وعادة ما يوزع العلاج النفسى كالآتى : ٧٠٪ للتفريغ النفسى ، ٢٠٪ للاستفسار و١٠٪ للنصيحة والإرشاد .

ومن هنا نستطيع التفرقة بين العلاج النفسى العميق والهادف بالجدول الآتى :

العميـــق	الهـــادف
الهدف : – تغيير جذري في الشخصية مع القدرة علي الاستبصار والفهم ، مع البحث عن الصدمات الطفولية.	– شفاء الأعراض ، والتخفيف من الآلام ، والاهتمام بالزمن الحاضرة دون التنقيب العميق .
المزايا : – الادعاء بأنها تقلل من النكسات ، وتقلل من استعداد المريض للتعرض للعصاب من أي إجهاد . – تساعد المريض علي فهم نفسه وتصرفاته ، ونضوج الشخصية .	– أكثر عملية وفاعلية . – تستعمل علي نطاق واسع . – تطبق مع العلاجات الأخري . – سرعة شفاء الأعراض . – قلة الأعراض الجانبية . – لا تتدخل في حياة الفرد .
الأضرار : – طول المدة وكثرة التكاليف . – الاعتماد علي الطبيب . – التأمل الذاتي . – تطبق علي فئة منتقاة من المرضي . – الادعاء أنها تستأصل المرض لم يثبت علميا . – تؤثر وتشفي الحالات التي يستطيع العلاج الهادف شفاءها ، وعادة لا تؤثر علي الحالات التي تفشل فيها أنواع العلاج الأخري .	– العلاج سطحي لايبحث في الجذور العميقة . – درجة وعمق الشفاء أقل . – الميل لنكسات. – عدم فهم أو استبصار المريض بأعراضه .

العلاج النفسى الجماعى :

وهنا يجتمع عدد من المرضى يتراوح عددهم ما بين ٥ – ١٥ مريض مع الطبيب، ويكون العلاج على هيئة جماعية ويتم مناقشة المشاكل والأمراض أثناء هذه الجلسات، ولها عدة أنواع :

١- العلاج التعليمى :

ويعتمد على موضوعات ومواد تعليمية ، تطرح بواسطة الطبيب للمناقشة ، وإبداء الآراء تحت إرشاد المعالج ، وهى تعطى هنا صورة واضحة عن سلوك الفرد فى المجتمع ، وكيفية تعامله مع بقية الأعضاء ، وتعيد إليه الثقة فى النفس ، وتفيد خصوصا فى مرضى الذهان داخل المستشفى وكذلك مرضى الإدمان ، ولكنها بالطبع تستعمل مع مرضى العصاب ، بل ومع الأفراد الأسوياء أيضاً .

٢- النوادى الاجتماعية العلاجية :

تدار هذه النوادى بطريقة برلمانية ديموقراطية ، فينتخب المرضى أعضاء مجلس إدارة النادى ، والمسئولين . والغرض من هذه النوادى أن تشجع المرضى على الاختلاط والمشاركة الاجتماعية ،وتحطم الدائرة المفرغة للانعزال ، وعدم الثقة فى النفس ، وتحطيم احترام الذات ، وتصلح هذه الطريقة خاصة للمرضى بعد خروجهم من المستشفى .

٣- الدراما النفسية (السيكودراما) :

يلعب المرضى الأدوار المسرحية . ويجب فى هذه الحالة أن تكون التمثيلية تعبيراً صادقاً عن مشكلة خاصة أو مشكلة جماعية للمرضى . وأثناء تمثيل المرضى لهذه الأدوار ، يعيدون ذكريات تاريخ مرضهم ، وبالتالى تحدث عملية التنفيس العقلى، ويستفيد المريض هنا من التمثيل فى معرفته لذاته ، والراحة فى الكلام عن نفسه فى شخصية الممثل ، والقدرة على التعبير أمام الناس .

٤- الطريقة التحليلية :

هنا يجلس الطبيب وسط مرضاه ويدعهم يتكلمون بطريقة التداعى الحر ، دون أن يأخذ دوراً إيجابياً فى الجلسات ، ومن ثم يلتقط الصراعات الخاصة بكل مريض فى إطار الجو الجماعى ، الذى هو أقرب للطبيعة من الجلسات الفردية ، ولامانع من استعمال تفسير الأحلام والعمليات الأخرى حسب المدرسة التى ينتمى إليها المعالج .

أهداف العلاج النفسى الجماعى :

١- المعاضدة والتدعيم :

حتى يتغلب المريض على فقدان الثقة فى الذات ؛ خاصة حالة هؤلاء الذين يخافون السلطة ، والطبيب يرمز إليها ، فالوضع الجماعى يزيل هذا الخوف ، ويجعله يعبر عن انفعالاته العدوانية نحو المجتمع ، أوبقية المرضى أو حتى الطبيب ذاته .

٢- التنبيه :

يفيد العلاج النفسى الجماعى فى تنبيه كثيرمن ملكات المريض ، وأهمها مشاركته الآخرين فى أعراضهم ، ومناقشته للحصول على اهتمام الطبيب فى وسط المجموع، ومكافحته لأخذ مركز قوى بين زملائه المرضى وللظهور أمامهم، خاصة بين أفراد متعددى الثقافة ، مما يساعده على استعادة ثقته بنفسه .

٣- التمرين :

يساعد العلاج الجماعى على ممارسة المريض لعدة مواقف وسط مجموعة من الناس ، وفى هذا يختلف عن الموقف الصناعى فى العلاج النفسى الفردى ، فلا يخشى النقد أو التعليق على كلامه، ومن ثم يكتسب أفعالاً انعكاسية شرطية جديدة ، مع اكتساب مهارات اجتماعية جديدة .

٤- التعبير:

عن انفعالاته بالكلام وقدرته على وصف إحساساته ومشاعره بطريقة لفظية ، مما يكسبه احتراماً لذاته .

ويختلف البعض فى تكوين مجموعات العلاج النفسى الجماعى ، هل يختلط مرضى العصاب والذهان معاً؟ أم كل على حدة؟ هل يختلط الجنسان؟ وكل أخصائى فى العلاج النفسى الجماعى يؤيد طريقته ويثبت فاعليتها فى العلاج ، ولكنى أعتقد أنه من الأفضل أن يفصل مرضى العصاب والذهان ، ولامانع من اختلاط الجنسين ؛ خاصة فى مرضى العصاب ، الذين يتسمون بالخجل والإحراج عند مواجهة الجنس الآخر .

العلاج النفسى الأسرى :

يتجه العلاج هنا لأفراد الأسرة جميعاً ؛ فالمريض هنا يتفاعل مع أسرته ؛ ذلك أنه دون تغيير فى علاقاته الشخصية ، يصبح التكيف والاستمرار صعبا . ولذا كان هذا العلاج حتميا فى الاضطرابات التى تتخللها مشاكل أسرية ، بل إن هذا العلاج قد أدى لحماية من نكسات اضطراب الفصام والاكتئاب .

ونستطيع تقسيم كل مدارس العلاج النفسى إلى ثلاث مدارس ؛ هى :

١- العلاج الدينامى .

٢- العلاج السلوكى .

٣- العلاج الخبراتى ..

-وتختلف هذه المدارس الثلاث فى الآتى :

انواع العلاج التى تستخدمها مدارس العلاج النفسى الثلاث المختلفة

الدينامي		السلوكي		الخبراتي	
النوع	صاحب المدرسة	النوع	صاحب المدرسة	النوع	صاحب المدرسة
التحليل النفسي	فرويد	العلاج الفيضي	ستايف	العلاج عبر الشخصي	كليرمان
علم النفس التحليلي	يونج	العلاج المنعكس الشرطي	سولتر	التحليل الوجودي	بنسفانجر
علاج الإرادة	رانك	نظرية التعلم	دولارد	علاج الفكر	فرانكل
علم النفس الفردي	أدلر	التعلم الاجتماعي	روتر	العلاج المتمركز حول العميل	روجرز
العلاج التحليلي النشط	ستيك	العلاج الصياغي	باندورا	علاج الجشطلت	بيرلز
التحليلي الخلقي	هورني	العلاج المباشر	ثورن	العلاج التجريبي	ويتاكر
الطب النفسي البين شخصي	سوليفان	علاج القرار المباشر	جرينولد	الصرخة الأولي	جانوف
المدرسة الثقافية	فورم	حل المشكلة بالمواجهة	جارنو	تحليل الطاقة الحيوية	لوين
تحليل الأنا	كلاين	علاج المنطق	اليس	التحليل التركيبي	رولف
التحليل المباشر	روزن	علاج التكامل	دريكفورد	التأمل المتسامي	لوث
العلاج السيكوبيولوجي	ماسر	علاج الواقع	جلاسر	علاج النرفانا	لوث
الديناميكية الحيوية	مازرمان	العلاج الفلسفي	سهاكيان	علاج الزن	دراتس
الديناميكية المتكيفة	رانو	الإعادة الحيوية	جرين	العلاج السيكوديلي	أوزمند
الكف المتناوب	فولبي	العلاج المعرفي	بك	التحليل التفاعلي	برن

ترتيب خطوات العلاج النفسى لدى الاتجاهات/ السلوكى / الخبراتى

	الدينامي	السلوكي	الخبراتي
الاهتمام الأول	الكبت الجنسي الصراعات الغريزية – الرغبات والدوافع الشبقية الأولي البعيدة عن الوعي (اللاشعور) .	القلق العادات المشروطة ، السلوك الزائد أو الناقص والمعزز بيئيا .	الاغتراب اليأس الوجودي – الفقدان الإنساني للاحتمالات – تفسخ الذات – نقص التناسب مع تجارب الفرد.
المعني الباثولوجي	حل الصراعات المكبوتة – انتصار الأنا الأعلى الهو، أي قوة الأنا.	إزالة العرض وخفض حدة القلق.	تحقيق الإمكانية – نمو الذات – الأصالة – التلقائية .
المعني الصحي	الاستبصار العميق المكثف – معرفة وفهم التجارب الأولية أي المعرفة الفكرية والانفعالية.	التعلم المباشر في الوقت الحاضر ، سواء فعليا أو أدائيا .	الخبرة الحالية : أن تحس وتشعر في الوقت الحالي ، أي التعبير التلقائي عن التجربة.
وسيلة التفسير الاتجاه والتركيز الزمني	الماضي الذاتي.	غير تاريخي : الحاضر الواقعي.	لاتاريخي : لحظة تفسير الظاهرة (اللحظة الفينومنولوجية).

	الدينامي	السلوكي	الخبراتي
نوع العلاج	طويل المدي – مكثف.	قصير المدي – غير مكثف.	قصير المدي – مكثف .
وظيفة العلاج	تفهم العمليات العقلية اللاشعورية ، ومعناها الرمزي والتاريخي.	برمجه ومكافأة وتشكيل الاستجابات السلوكية المميزة للمؤثرات الحافزة للقلق.	أن يتفاعل المعالج والمريض في مناخ مقبول بطريقة تبادلية لإثارة التعبير الذاتي جسميا أو روحيا .
وسائل العلاج	التفسير : التداعي الحر – تحليل موقف الألفة – المقاومة – زلات اللسان – تفسير الأحلام .	الشرطية : التحصين النظامي – التعزيز الإيجابي – السلبي – التشكل.	الملاقاة : الحوار المشترك ، التجارب، التعبير المسرحي ، استهلاك الانفعالات.
صياغة العلاج	طبي : معالج – مريض أو الأب – القاصر (الخضوع) أي الاتحاد العلاجي.	تعليمي : مدرس – تلميذ أو الأب – الطفل (الخضوع أي الاتحاد التعليمي) .	وجودي : الند – الند أو الناضج – الناضج (المساواة) أي الاتحاد الإنساني

	الدينامي	السلوكي	الخبراتي
طبيعة العلاقة المؤدية للشفاء.	علاقة تبحث عما وراء التحول ومنهجه للشفاء. لاتوجد علاقة حقيقية.	علاقة حقيقية ولكنها ثانوية للشفاء . لاتوجد علاقة.	حقيقية والشفاء هو الغرض الأساسي.
دور العلاج	مفسر – عاكس : غير مباشر – محبط أو هادئ	مشكل – ناصح التعاون المشترك أو المشبع.	متفاعل – متقبل. حل المشاكل بأسلوب عملي .

٢- العــلاج العضــوى

العلاج بالعقاقير :

١ - المنومات:

خاصة فى حالات القلق الحاد ، والأرق المستمر ، وتعطى لفترات قصيرة حتى يتم علاج السبب الأولى للأرق ؛ حتى لا يتعود المريض على هذا النوع من العقاقير ويدمنه ، وأحياناً ما تعطى كميات بسيطة من المنومات ؛ لتهدئة المريض وخفض درجة التوتر خاصة فى حالات القلق النفسى والمخاوف المختلفة .

ومن أهم العقاقير مشتقات حامض الباريتيرك ، مثل : اميتال الصوديوم سيكونال ، دورميل ، فيسبراكس ... إلخ ، وكذلك تشمل مجموعة البنزوديازيبين مثل الموجادون والدلمين والنورميزون والأتيفان والزاناكس . وكما ذكرت سابقاً ، يجب على المريض عدم التمادى فى أخذ هذه الأدوية ، دون إرشاد الطبيب خوفاً من المضاعفات والإدمان .

٢ - المطمئنات البسيطة :

وهى أكثر الأدوية استعمالاً فى علاج الأمراض النفسية خاصة القلق ، والتوتر والتهيج العصبى والمخاوف ، ومن أهمها مجموعة المبروباميت ، ويخشى منها من الإدمان (برترانكيل ، اكوانيل ، كويتان ، ترانكيلان ، بيوباميت... إلخ) تستعمل الآن والآتاراكس ، ثم المجموعة المهمة البنزوديازبين والتى تحوى الليبريم ، والفاليوم ، واسيرباكس والاتيفان والترانكسين واللكسوتانيل والزاناكس .

ومن مميزات هذه المطمئنات أنها تعطى للفرد شعورا بالاسترخاء الذهنى والعضلى مع اختفاء التوتر والقلق ، كذلك فهى راخية للعضلات ومنومة ومضادة للصرع . وتختلف كمية العقار حسب حساسية واستعداد الفرد ودرجة التوتر ، ومن أعراضها الجانبية فى بدء العلاج بعض الدوار والميل للنوم ، وبعض الجفاف فى الحلق، وتختفى بعد استعمال العلاج بفترة ، ويعتقد البعض أن سرعة الانتباه تقل عند استعمال هذه العقاقير ، ولذا ينصح بعدم قيادة السيارات أثناء تناول كميات كبيرة من هذه الأدوية ، وفى حالات التوتر الشديدة يعطى أحيانا الليبريم والفاليوم والأتيفان والدورميكم فى العضل أو الوريد .

٣- المطمئنات الكبرى :

ولو أن هذا النوع من العقاقير يستعمل عادة فى علاج الأمراض الذهانية ، إلا أنه أحيانا ما نلجأ إلى كميات بسيطة منها لعلاج حالات القلق خاصة تلك المصحوبة بأعراض جسمية ؛ حيث إن هذه الأعراض تستجيب لمثل هذه المجموعة ، مثل : أعراض القئ ، والغثيان ، والإسهال ، وسرعة ضربات القلب والآلام الجسمية... إلخ ، ومن أمثلة هذه العقاقير الستلازين ١ مجم ، ترايلافون ٤ مجم ، موديتين ١ مجم، أو كميات بسيطة من ريسبردون، سيريكويل ، أبيلفاى ... الخ .

ويجب الحرص فى إعطاء هذه الأدوية نظرا لاحتمال حدوث بعض الأعراض الجانبية مثل الدوار وجفاف الحلق وصعوبة التبول وزغللة العين ، مع ارتجاف فى الأطراف وعدم القدرة على السكون التململ الحركى ، وبعض الأعراض الأخرى فى الجهاز العصبى ، ولو أن ذلك نادراً ما يحدث من الكميات البسيطة ، وبالطبع يوجد العقار المضاد لمثل هذه الحالات .

٤- العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب :

وهى من أهم العقاقير المستعملة فى علاج حالات القلق النفسى والمخاوف المرضية والوساوس القهرية ، ويجب استعمالها على الأقل فى مدة تتراوح من شهر إلى شهرين ؛ حتى تصل إلى مفعولها الأقصى ، وأحيانا تستمر لعدة سنوات .

وتعمل هذه العقاقير على تنظيم وزيادة الموصلات العصبية الخاصة بالانفعال ، والتى تقلل حالات الاكتئاب والقلق وأهمها النورأدرينالين والسيروتونين والدوبامين ، مثل مثبطات أكسدة أحادى الأمين ، وسيطول شرحها فى الفصل الخاص بالاكتئاب وعلاجه .

ولكن يجب على الطبيب قبل وصف هذه العقاقير ، الإلمام الشامل بأعراضها الجانبية ، ومضاعفاتها على الجهاز العصبى والهضمى والبولى والتناسلى والدورى القلبى والكبد ... إلخ .

ومن أمثلة هذه العقاقير والتى كانت موجودة فى مصر : النياميد ، الماريلان، النارديل ، البارنيت، البارستيلين ، الموكليبيمايد ، وكذلك مثبطات السيروتونين والنورأدرينالين مثل بروزاك ، فافارين، لسترال ، سيبرالكس، إفكسور وسيمبالتا .. الخ.

٥- العقاقير الكبرى المضادة للاكتئاب :

عادة لا نحتاجها فى علاج العصاب إلا فى الحالات الشديدة المصحوبة بأعراض قلق واكتئاب حاد ، وهى أيضا لاتعمل قبل مضى ٣ أسابيع من بدء العلاج ، ولذا لاينصح بإستعمالها لمدة أسبوع أو عشرة أيام فقط ، وكذلك يجب استعمالها بكميات محدودة ؛ لأنها تعمل من خلال التأثير على موصلات الجهاز العصبى الخاصة بالانفعال، ولكن بطريقة تختلف عن العقاقير الخفيفة وسنناقشها بالتفصيل فى الفصل الخاص بالاكتئاب ، ومن أمثلتها الموجودة فى مصر : التوفرانيل والتريبتيزول واللوديوميل ، والانافرانيل والبروثيادين ، والإفكسور والسيمبالتا .

ويجب الحرص على ألا نخلط هذه العقاقير بعضها مع البعض الآخر إلا تحت إشراف طبى مباشر ؛ منعاً لحدوث مضاعفات ، كما أنه أحياناً يجب على المريض الامتناع عن تناول بعض الأطعمة كالمش ، الفسيخ ، السردين ، التونة ، اللحوم المعلبة والخمور خاصة البيرة والنبيذ ، خاصة مع العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب مثل البارنيت .

٦- مثبطات استرجاع السيروتونين والنورأدرينالين :

مثل بروزاك ، لسترال ، فافارين ، سيبرام وسيبرالكس ، وهى مجموعة جديدة فعالة تعمل على زيادة نسبة السيروتونين فى مستقبلات ما بعد المشتبك العصبى ، وتفيد فى حالات العصاب ، مثل : القلق ، الهلع ، الرهاب ، الوسواس ، النهم العصبى، وكذلك الاكتئاب .

وتتميز بعدم وجود أعراض جانبية شديدة ، ولكنها نسبيا باهظة الثمن .

٧- العقاقير المساعدة على عملية التفريغ العقلى :

إن العلاج النفسى كما سبق أن ذكرنا يكون مصحوباً بعمليات المقاومة والخجل والإحراج ، كما أنه يأخذ وقتاً طويلاً لإتمامه . ويوجد الآن من العقاقير ما يساعد على تفريغ العوامل اللاشعورية ، وتذكر الخبرات المؤلمة دون الشعور بالذنب أو الخجل .

ومن المميزات المهمة لهذه العقاقير : إضعاف المقاومة مما يساعد على تقليل مدة العلاج ، ومعرفة الحيل اللاشعورية المختلفة ، وقد أصبحت هذه العقاقير بفضل التقدم الحديث فى الطب النفسى، من أهم العوامل المساعدة على علاج الأمراض النفسية . وتعطى هذه العقاقير بعدة طرق ، هى :

أ- بالوريد :

(١) مهدئة :

مثل أميتال الصوديوم أو البنتوثال ، أو نزدونال أوبريتال الصوديوم ، حيث يخفف نصف جم فى ١٠سم محلول ماء أو ملح ، ويعطى حوالى ١سم فى الدقيقة، بحيث لاينام المريض ، ولكنه يكون فى حالة أشبه بالتداعى الحر والاسترخاء التام، وبعض التشوش فى الوعى ، ونستدل على ذلك برأرأة العين ، ونلاحظ ذلك فى تعبيرات وجه المريض وطريقة كلامه، وهنا نبدأ فى توجيه الأسئلة والإيحاء له بتذكر الخبرات المؤلمة التى أدت إلى المرض ، وكذلك الدورميكم فى محلول ملح بالنقطة.

ويكثر استعمال هذه الطريقة فى علاج الهستيريا التحويلية ، وخاصة الأعراض الحركية من شلل ، إلى فقدان الصوت، إلى الارتجاف وكذلك فى الهستيريا الانشقاقية من فقدان الذاكرة إلى حالات الشرود والجوال الليلى وتعدد الشخصيات ، ويمكن شفاء المريض فى جلسة نفسية تخديرية واحدة ، ولكن أحياناً ما تتعدد الجلسات حتى تتم عملية الشفاء ومعرفة العوامل الدفينة اللاشعورية ، وكذلك تساعد هذه الطريقة فى علاج حالات القلق النفسى المزمن؛ لمعرفة الأسباب الرئيسية اللاشعورية لهذا الغرض.

يحتاج العلاج بهذه الطريقة إلى خبرة إكلينيكية خاصة ؛ نظراً للإستعداد الشديد للمريض ، وهو تحت تأثير هذا العقار للإيحاء . وبالطبع لايستطيع تطبيق هذا العلاج إلا أطباء متخصصون . ومن خبرتى الخاصة ، استطيع القول أن هذا العلاج قد خفف آلام كثير من المرضى ، وأنقذهم من علاج نفسى طويل ، ووفر لهم كثيراً من المعاناة والمال .

(٢) منبهة :

مثل المثدرين ، وهو عكس السابق يزيد من درجة القلق والتوتر والعصبية ، ومن ثم يبدأ المريض فى الكلام السريع معبراً بشجاعة وإقدام عن انفعالاته دون إحباط أو نقد ذاتى ؛ خاصة فى الشخصيات الوسواسية والأعراض القهرية ، ويعطى حوالى ١٠- ٤٠سم فى الوريد . وأحياناً عندما تزيد درجة التوتر يمكن خلط المثدرين بأحد المهدئات ، ويستمر تأثير هذا العقار لمدة ساعات ، ولذا يجب الاطمئنان على المريض وعودته لحالته الطبيعية ، قبل السماح له بالخروج ؛ حتى لايتعرض للكلام الكثير أمام الناس ، ثم يصيبه الندم بعد ذلك .

ب- بالاستنشاق :

باستنشاق غازات مثل ثانى أكسيد الكربون ٣٠٪ مع أكسجين ٧٠٪ أو الأثير أو أكسيد النيتروجين ، وتفيد هذه الطريقة فى علاج حالات الهستيريا الانشقاقية ، ولتذكر الخبرات المؤلمة السابقة القابلة للنسيان، ولكن عادة ما ترفضها الشخصية الوسواسة أو المريض بالوسواس القهرى ؛ لخوفها الشديد من الشعور ببدء غيبوبة وتشوش فى الوعى .

جـ- بالفم أو العضل أو الوريد :

وتستعمل هنا عقاقير الهلوسة مثل ل. س. د. أو السيرنيل . ومن سماتها أنها تسبب تشوشاً فى الوعى واضطراباً فى الإدراك مع بعض الهلاوس والاعتقادات الخاطئة ، ويتحرر أثناءها المريض من كل أنواع القلق ، ويتذكر أدق تفصيلات طفولته ، وتستعمل فى حالات الوسواس القهرى والإدمان والانحرافات الجنسية واضطرابات الشخصية .

وقد زاد الحديث عن هذه العقاقير حديثا ؛ لاكتشاف عدة حالات من الإدمان بين المثقفين فى أوروبا والولايات المتحدة وإقامة حفلات الحامض (Acid) لأخذ العقار . ولذا بادرت الشركة بإيقاف توزيع العقار إلا للمستشفيات وللأبحاث .

ولايصح إطلاقاً إعطاء عقاقير الهلوسة لذوى الاستعداد للذهان ، أو حتى عند وجود تاريخ عائلى للذهان ، حتى لايتعرضون للإصابة بهذا الاضطراب، ونظراً لمضاعفاتها المتعددة وإدمانها .. فقد توقف استعمالها الطبى منذ فترة .

العلاج بالأنسولين :

يختلف علاج مرضى العصاب بالأنسولين عما نعرفه سابقاً لعلاج الفصام بغيبوبة الأنسولين ، فهنا يعطى الأنسولين تحت الجلد بكميات بسيطة تتراوح ما بين ١٠- ٢٠ وحدة قبل الأكل ، أو صباحا فقط بكمية تتراوح من ٥٠ - ١٠٠ وحدة ولكن لاتصل إلى حد الغيبوبة ، ويشعر المريض بعدها ببعض ضربات القلب والعرق والجوع، ونستعمل هذا العلاج فى حالات فقدان الشهية ولزيادة الوزن ، وأيضاً لحالات التوتر والقلق العصبى ، وأحياناً فى حالات الإدمان عند توقف المريض عن أخذ العقار الذى يدمن عليه ، وكذلك فى الأمراض السيكوسوماتية ، ولكنه لايفيد فى العصاب المزمن أو الوسواس القهرى أو الهستيريا الحادة .

العلاج الكهربائى :

لاتعطى عادة الجلسات الكهربائية (تسمى الآن جلسات تنظيم إيقاع المخ حيث اختفت الصدمة بتأثير التخدير) فى حالات العصاب ، ولكن أحيانا ما نلجأ إليها عندما تصاحب العصاب أعراض إكتئابية حادة، وأفكاراً سوداوية أو انتحارية، وهنا يكون العلاج للعرض وليس للمرض .

ولكن كثيرا ما نعطى المنبهات الكهربائية على قشرة المخ كعلاج إيحائى ، فى حالات الهستيريا التحولية كفقدان الصوت ، أو الغيبوبة ، أو شلل أو أحياناً عند صعوبة التركيز من القلق النفسى. ولايفقد المريض وعيه أثناء المنبهات، بل هى ذبذبات كهربائية ، تعطى على جانبى الجبهة ، وأحيانا يعطى العلاج الكهربائى التنويمى للأمراض النفسية الجسمية، والعلاج الكهربائى بالنفور فى العلاج السلوكى .

العلاج الجراحى :

نلجأ لهذا العلاج فى حالات القلق النفسى المزمن والوسواس القهرى والاكتئاب الشديد ، المصحوب بتوتر وقلق مستمر ؛ مما يجعل المريض فى حالة من الشلل الاجتماعى ، ويجب أن يكون المريض قد مارس كافة أنواع العلاج النفسى والكيميائى والكهربائى دون جدوى ، مع استمرار آلامه وعذابه النفسى .

ويعتمد نجاح العملية الجراحية على الاختيار الموفق للحالات وتكامل الشخصية قبل المرض ، ولانستطيع القول أن الجراحة تشفى هذه الأمراض ، ولكنها تقلل من درجة التوتر والقلق والاكتئاب؛ بحيث يستطيع المريض الاستمرار فى نشاطه العادى ، والتكيف مع أعراضه.

وتتم العملية بقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهى فى المخ والتلاموس ، ومن ثم تتوقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال .

ومن مضاعفاتها التبلد الانفعالى ، وبعض التغير فى الشخصية ، ولو أن العمليات الحديثة بطريقة الاتجاه المجسم تجرى دون أى اضطراب فى الشخصية ، ولاتزيد نسبة الوفاة فى هذه العمليات عن نصف فى المائة ، وتجرى العملية الآن بواسطة الكى الكهربائى أو الكيميائى دون الحاجة للجراحة .

وعادة ما يتحسن عليها مرضى القلق ، الذين يتميزون بارتفاع فى مجرى الدم القاعدى بالساعد ، وانخفاض مستواه عند الإجهاد ، حيث تقل استجابتهم للعقاقير الكيميائية ، وقد أصبح من النادر استعمال العلاج الجراحى بعد تقدم العلاج الكيميائى والنفسى .

٣- العــلاج الســلوكى

يعتمد هذا العلاج على النظرية الشرطية ، والتى سبق مناقشتها فى أسباب الأمراض النفسية ، وذلك أن الأمراض النفسية ما هى إلا عادات خاطئة يقوم بها المريض ؛ لكى يقلل من درجة القلق والتوتر ، وبالتالى اكتسب ارتباطات شرطية مرضية . ويتجه العلاج أولاً إلى إطفاء هذا الفعل المنعكس الشرطى المرضى ، وبناء فعل منعكس شرطى سوى جديد ليكون بديلاً عنه .

وقد أثبتت عدة دراسات حديثة فائدة هذا العلاج فى شفاء بعض الأعراض العصابية ؛ خاصة أن التفسير الفسيولوجى لهذ العلاج يتجه اتجاها علميا ، ومن هنا بدأ الصراع بين أنصار التحليل النفسى الذين تعتمد نظريتهم على الاستنباط والاستنتاج ، وأنصار العلاج السلوكى الذين تعتمد نظريتهم على شواهد فسيولوجية علمية .

وقد تمكن فولبى ، وإيزنك ، ورخمان وماركس من تعديل وتنقيح كثير من نظريات بافلوف وتطبيقها فى علاج الأمراض النفسية ، ولقد أصبح للعلاج السلوكى رواداً كثيرين ومجلات خاصة به ، ولكن لايصح أن يبلغ الحماس لنظرية ما حد نسيان فوائد النظريات الأخرى، ولكن دائماً ما يحدث ذلك عند ظهور نظرية جديدة . فمنذ فترة .. كان التحليل النفسى هو رائد العلاج فى الطب النفسى، والآن يعتبر العلاج السلوكى رائداً وثورة فى أمراض العصاب ، ولكن التأنى واختبار العلاج السليم لكل مريض حسب أعراضه وآلامه وإمكانيته هو الحل الإنسانى السليم ؛ إذ لايصح إطلاقا تطبيق نظرية يؤمن بها المعالج أو الطبيب على كل مرضاه ؛ لأن ذلك تعصبا أعمى لعقيدة أو نظرية . ولكن الأسلم أن يطبق كل معلوماته وكل نظريات الطب النفسى فى خدمة المريض .

وتوجد عدة أنواع من العلاج السلوكى ، أهمها :

١ – الكف المتبادل : Reciprocal Inhibition

تقوم فكرة هذا العلاج على أنه لو استطعنا أن نعطى المنبه ، الذى يسبب القلق للمريض دون ظهور علامات وأعراض القلق ، فسيضعف ذلك الصلة بين المنبة واستجابة القلق ، وبالتالى ينطفئ الفعل المنعكس الشرطى المرضى . ولكى لايستجيب المريض بالقلق عند إعطائه المنبه المرضى ، يجب أن يكون فى حالة من الاسترخاء التام ، وكذلك يجب الحرص على إعطائه المنبه بدرجات بسيطة تزيد تدريجيا فى كميتها وكيفيتها ؛ حتى تصل للمنبه الأصلى ، وهو فى حالة استرخاء حتى لا تتولد

عنده أية أعراض للقلق ؛ لأنه إذا بدأ يعانى من أعراض القلق ، فسيطفئ ذلك التحسن الذى حدث من قبل .

وتسمى هذه الطريقة بالتحصين البطئ Gradual desensitization ؛ أى زيادة المنبه تدريجيا ، أما استرخاء المريض فيحتاج إلى تمرينات استرخاء خاصة يتعلمها أولاً ، وهو نائم ثم وهو جالس ، وأخيراً وهو واقف ، وبها يستطيع أن يضع نفسه فى حالة استرخاء عضلى وذهنى ببعض حركات التنفس والأوضاع العضلية.

وبالطبع لايستطيع كل مريض التحكم فى ذاته لإجادة تمرينات الاسترخاء، ولذا فأحيانا ما نلجأ إلى العقاقير المهدئة بالفم أو بالوريد لوضع المريض فى هذه الحالة من الاسترخاء .

تستعمل هذه الطريقة خاصة فى حالة المخاوف المرضية ، فإذا بدأنا مثلا فى علاج الخوف من الأماكن المتسعة ، حيث تستطيع الزوجة الانتقال من منزلها أو الخروج إلى الشارع ؛ لأنها كلما حاولت الخروج أصابتها نوبات من الإغماء وضربات القلب والخوف الشديد والإحساس بالموت القريب .. هنا ، نبدأ فى بناء هيكل عام للعلاج فى تدريبها على عملية الاسترخاء ، ثم إعطائها منبهات بسيطة للخروج وهى فى حالة الاسترخاء حتى لاتشعر بالقلق ، ثم زيادة المنبه تدريجيا حتى تستطيع الخروج ، فتوضع المنبهات فى تدرج هيكلى كالتالى :

١- الخروج من الشقة إلى بابها الخارجى مع وجود أحد الأشخاص ، وبتكرار ذلك مرارا تتمكن المريضة من الخروج دون وجود قلق ودون الاستعانة بالاسترخاء أو العقاقير .

٢- الخروج من الشقة إلى بابها الخارجى ، مع عدم وجود أحد المرافقين.

٣- الخروج من الشقة ونزول بضعة سلالم ، مع وجود أحد الأشخاص ثم نزولها منفردة .

٤- الخروج من الشقة والسير فى الشارع حوالى ٥٠ مترا، مع وجود أحد الأقرباء وفى حالة استرخاء ، وتكرر هذه العملية حتى تثق فى نفسها، وتسير هذه المسافة منفردة .

٥- وهكذا نزيد المنبه تدريجيا حتى تستطيع الخروج والسير منفردة دون معونة أحد ، ودون ظهور القلق ، وهنا يكون قد انطفأ الفعل المنعكس الشرطى

المرضى ، ويتكون عندها فعل منعكس جديد بأن الخروج يبعث على الاسترخاء وليس على الخوف ، وأحيانا ما تستغرق عملية العلاج السلوكى بالتحصين البطئ مدة تتراوح ما بين ٣- ٦ شهور .

ونستطيع أن نأخذ مثال تلك السيدة التى تخاف النحل ، وبالتالى لاتستطيع الخروج لأنها تخاف لدغة النحل التى قد تسبب وفاتها ، وعبثاً نحاول إقناعها بالخروج، ومع يقينها التام أنها لن تموت من لدغة النحل .. إلا أن الخوف مسيطر عليها ، فهنا نبنى هيكل العلاج مثلاً كالآتى :

١- رؤية صورة قريبة لجناح نحلة والمريضة فى حالة استرخاء .

٢- رؤية صورة قريبة لجناح نحلة ، والمريضة فى حالة استرخاء ووجود أحد الأشخاص .

٣- زيادة المنبه تدريجيا حتى تتمكن من رؤية صورة نحلة قريبة وإمساكها بيدها ، دون وجود أحد ، وبالطبع سيستغرق ذلك بعض الوقت .

٤- وجودها مع جناح نحلة ميتة فى زجاجة مغلقة بعيدة عنها، وهى فى حالة استرخاء .

٥- زيادة المنبه تدريجياً حتى تستطيع البقاء مع نحلة كاملة ميتة فى زجاجة ، ثم خارج الزجاجة .

٦- وبالتحصين البطئ ، تستطيع أن ترى نحلة حية داخل زجاجة بعيدة، ثم قريبة ، وهكذا بعد مدة طويلة من زيادة المنبه تستطيع أن توجد مع النحلة دون الشعور بالخوف ، وهنا يكون قد انطفأ الفعل المنعكس الشرطى المرضى وتكون الفعل الجديد ، وأكرر ثانية أهمية عدم ظهور أعراض القلق خلال فترة العلاج ، وعدم التسرع فى الانتقال من مستوى منبه إلى آخر ، إلا بعد التأكد من استرخاء المريض وعدم خوفه .

٢- الكف الشرطى أو الممارسة السلبية Negative Practice :

تفيد النظرية هنا أن تكرار الاستجابة شعورياً وإرادياً دون وجود المنبه سيضعف هذه الاستجابة عند التعرض للمنبه ، وبالطبع يجب أن يفهم المريض طبيعة العلاج ، وأن يتعاون مع المعالج معاونة صادقة أمينة حتى يستطيع التخلص من العادة العصابية .

وقد طبق هذا العلاج بنجاح فى حالات مص الإبهام ، التلعثم ، العادة السرية ، قضم الأظافر ، الخلجات العضلية اللاإرادية (اللوازم) .

وتعتمد فكرة العلاج على تحطيم العادة بوضعها تحت التصرف الشعورى ، وجعلها تحت الفحص الدقيق المستمر ؛ مما يضعف قوتها اللاشعورية .

٣- العلاج بالكراهية أو النفور Aversion Therapy :

ويستخدم هذا العلاج فى إدمان الخمر ، والجنسية المثلية ، والفيتيشية ، والانقلاب الجنسى (الارتداء المغاير) ، وسنشرح ذلك بالتفصيل فى الفصل الخاص بالاضطرابات الجنسية ، والغرض من هذه الطريقة هو تكوين فعل منعكس شرطى جديد بحيث يستجيب المريض للمنبه بإحساس مؤلم ، أو بشعور غير سار ؛ فمثلاً يشرب الفرد الخمر، لأنها تجعله فى حالة من السرور والنشوة ؛ فالمنبه وهو الخمر يستجيب له الفرد باللذة ، فيبدأ العلاج هنا بإعطاء المريض حقنة أو عقار خاص، مثل: الأبومورفين ، أو الاميتين . ومن خواص هذا العقار أنه بعد نصف ساعة من تناوله يسبب الغثيان والقئ والمغص وضيق الصدر .. إلخ ، وبعد حوالى ٢٠ أو ٢٥ دقيقة من أخذ العقار نبدأ فى إعطاء المريض الخمر ، وبعد تناوله أول أو ثانى كأس يبدأ فى الشعور بالأعراض السابق ذكرها من ضربات القلب إلى ضيق فى الصدر وقئ .

وإذا كررنا هذه العملية يوميا لعدة أسابيع ، يتكون فعل منعكس شرطى جديد بأن المنبه ، وهو الخمر ، يسبب هذه الأعراض غير السارة بدلا من اللذة ، دون إعطاء العقار ، بل وأحياناً تؤدى رؤية الخمر فى حد ذاتها إلى الشعور بالغثيان والقئ وضيق الصدر ، ومن هنا تبدأ الكراهية أو النفور لشرب الخمر ، وأحيانا تعطى أقراص تتفاعل مع الخمر ، وتسبب أعراضاً جانبية شبيهة بالسابق ذكرها ، وكلما شرب الخمر حدثت له هذه الأعراض المؤلمة ومن هنا يحجم عن الشرب . ومن أمثلة هذه الأقراص الإنتابيوز والتمبوسيل ... إلخ .

وتستعمل هذه الطريقة أيضا فى الجنسية المثلية ، فهؤلاء المرضى يشعرون باللذة من مخالطة نفس الجنس ، وهنا نجعله يتصور نفس الجنس ، أو نعطيه منبهاً فى هيئة صور خاصة بنفس الجنس ، ثم أثناء نشوته نعطيه إحدى هذه الحقن أو منبه كهربائى مؤلم على الرأس ، وبتكرار هذه العملية يصبح نفس الجنس مصدراً للألم بدلا من النشوة ، ويتكون عنده ارتباطاً شرطياً جديداً، وبالطبع سيستغرق علاج هذه الحالة عدة أسابيع وأحياناً بضعة شهور .

وتطبق الطريقة نفسها فى الفيتيشية والانقلاب الجنسى وآلام الكآبة .

٤- الكف الإيجابى Positive Conditioning :

أهم تطبيق لهذا العلاج هو فى حالات التبول الليلى اللاإرادى ؛ فالنظرية الفسيولوجية الحديثة لهذا المرض هو أن هؤلاء الأطفال الذين يعانون هذا المرض لم يتكون عندهم الفعل المنعكس الشرطى لأن امتلاء المثانة ينبه قشرة المخ ، فيصحو المريض للتبول كما يحدث للجميع ، فهؤلاء عندما تمتلئ مثانتهم يبدأون فى تفريغها دون اليقظة .

والغرض من العلاج تكوين فعل منعكس شرطى ، ويتم ذلك بواسطة جهاز خاص بحيث ينام الطفل على وسادة من قماش خاص ، أو يوضع هذا القماش على أعضائه التناسلية ويوصل بسلك إلى جرس رنان ببطارية . وعند التبول تسير دائرة كهربائية تسبب رنين الجرس ، وبالتالى يستيقظ الطفل ، وتدريجياً يتكون عند الطفل فعل منعكس شرطى بأن يصحو عند امتلاء المثانة دون رنين الجرس ، وقد طبق المؤلف هذا العلاج فى ٣٢ حالة تبول ليلى لا إرادى ، لم تشف بأية طرق أخرى ، وكانت النتيجة ٧٢٪ شفاء ، ١٦٪ تحسن ، ١٢٪ لا تغير .

٥- التشكيل Shaping :

يعتمد هذا العلاج على إعطاء مكافآت رمزية لكل عمل بسيط مرغوب من الناحية السلوكية ، وتختلف هذه المكافأة من المديح والإطراء إلى السجاير ومشاهدة برامج خاصة فى التليفزيون ، ونوعيات خاصة من الطعام .

وقد أعطى هذا العلاج نتائج مشجعة فى حالات مرضى الفصام المزمن والأطفال المتخلفين عقليا وفى تغيير بعض السلوك العصابى مثل فقد الشهية العصبى ، الرهاب ، والمشاكل الزوجية ، ويسمى هذا النوع بالعلاج الاقتصادى الرمزى (Token Economy) .

٦- العلاج الفيضى Flooding :

التعرض – المنع Exposure - Prevention

يستعمل فى حالات الرهاب (المخاوف) أو طقوس الوسواس خاصة الغسيل والوضوء عدد مرات طويلة بأن يتعرض المريض تعرضاً مباشراً لفترات متكررة للمؤثر المخيف ، إما بطريقة التخيل أو فى الحقيقة .

وتستمر مدة التعرض حوالى ٣٠ – ٦٠ دقيقة ، ويشابه هذا العلاج إطفاء استجابات الرهاب المشروطة ، ويسمى أحياناً بعلاج التعرض – المنع Exposure Prevention ، وهنا يتعرض المريض لمخاوفه ، أو يبدأ فى طقوسه القهرية ، مثل: غسيل اليدين أو النظافة المرضية ثم نمنعه بعدها من اتمام تكرار هذه الطقوس ، وعلى الرغم من القلق الشديد ، والذى يمكن تخفيف حدته بواسطة بعض العقاقير ، ويعتبر من أفضل العلاجات للأفعال والطقوس القهرية .

٧- الإعادة الحيوية Biofeedback:

يعتمد هذا العلاج على أجهزة إلكترونية حساسة ، سواء لموجات الدماغ أو العضلات الكهربائية أو درجة حرارة الجسم أو كمية العرق أو زيادة ضغط الدم والنبض .. إلخ .

والهدف هو إبصار وسمع المريض لحركاته الفسيولوجية ، والتى تجعله يعانى أعراضاً خاصة ؛ فمثلاً المريض الذى يعانى من صداع مزمن بسبب توتر نفسى ، أدى إلى تقلص فى عضلات فروة الرأس ، يستطيع رؤية النبضات الكهربائية الناتجة عن تقلص العضلة على المؤشر ، وكذلك سماع هذه النبضات فى هيئة ذبذبات صوتية .

وتدريجياً يستطيع المريض التحكم فى عملية الاسترخاء ، والتى تؤدى إلى خفض هذه النبضات، ويعزز ذلك إحساس المريض بزوال الصداع، مع قدرته على الاسترخاء .

ويطبق هذا العلاج فى نوعيات مرضية مختلفة ، مثل : التوتر العصبى ، ارتفاع ضغط الدم ، عدم النضج الانفعالى ، اللوازم العضلية ، التقلصات العضلية المختلفة ، الآلام الروماتزمية ، الاسترخاء بعد جلطة الشريان التاجى ، التقلص المهبلى أثناء شهر العسل .

وقد استعمل المؤلف هذا العلاج فى عديد من المرضى بنتائج مشجعة ، ومازالت الأبحاث جارية لتقنين الإعادة الحيوية كأحد فروع العلاج السلوكى فى الطب النفسى .

ونستطيع تلخيص الفروق الرئيسية بين العلاج النفسى والسلوكى فى الجدول الآتى :

الفروق الرئيسية بين العلاج النفسى و العلاج السلوكى

العلاج النفسي	العلاج السلوكي
– يعتمد علي نظرية لم تثبت عمليا ، وطبقت إكلينيكيا دون وضعها محل الدراسات المحكمة.	– يعتمد علي نظرية علمية قابلة للفحص التجريبي ، مع مقارنتها بدراسات محكمة.
– تعتبر الأعراض ظواهر لصراعات لا شعورية .	– تعتبر الأعراض أفعالاً متعكسة شرطية مرضية.
– تعتبر الأعراض دليلا علي الكبت .	– تعتبر الأعراض دليلاً علي التعلم الخاطئ.
– تعتمد الأعراض علي اختلاف الحيل الدفاعية اللاشعورية .	– تعتمد الأعراض علي درجة استعداد الفرد البيولوجية والفسيولوجية في جهازه العصبي اللاإرادي ، وتكوينه للفعل المنعكس الشرطي .
– الشفاء بمعرفة ديناميكية اللاشعور ، وليس بعلاج الأعراض .	– الشفاء بعلاج الأعراض ، وإطفاء الأفعال المنعكسة الشرطية المرضية .
– تفسير الأعراض والأحلام من أهم سبل العلاج.	– ليس له أهمية.
– علاج الأعراض يسبب أعراضاً أخري .	– علاج الأعراض يشفي المرض.
– عملية الطرح والتجاوب الانفعالي بين المعالج والمريض ضرورية للعلاج .	– العلاقة الخاصة بين المريض والمعالج مفيدة، ولكنها غير أساسية في العلاج .

٤- العلاج البيئى والاجتماعي

إن أثر البيئة والمجتمع فى نشأة وعلاج العصاب قوى وبالغ ، ومن ثم فأحيانا يتجه العلاج نحو تحسين هذه العوامل من ناحية العمل ، والمنزل والزواج مع أنواع العلاج الأخرى ، ولامانع من تشجيع الهوايات الخاصة من ثقافة وفنون أو رياضة ، أو الإيمان الدينى ؛ خاصة فى هؤلاء الذين يميلون بطبيعتهم إلى الناحية الدينية .

وقد ظهرت فى السنوات الأخيرة عدة علاجات للأمراض العصابية مازالت مجالاً للتقنين العلمى ، مثل : علاج حالات القلق النفسى المصحوب بسرعة ضربات

القلب ، والعرق الغزير، واحمرار الوجه بعقار الإندرال المنظم لضربات القلب ، وكذلك علاج حالات القلق المزمن بالنوم لمدة عشرين ساعة يوميًا ، باستخدام عديد من العقارات المطمئنة والمنومة والمضادة للاكتئاب مع الجلسات الكهربائية ... كذلك اختلفت نوعية العلاج النفسى فى المدة – والكيفية . والهدف ؛ مما يجعل الطبيب أمام كثير من أنواع العلاج ، والتى يختلف تطبيقها حسب نوع المرض أو شخصية المريض .

وعادة ما يتبع فى علاج العصاب عدة مداخل ، وخليط من العلاج النفسى، والدوائى ، والسلوكى والمعرفى ، والبيئى ونادراً الجراحى ، وقد يغلب أحيانا العلاج الدوائى مع السلوكى ، مثل :الوسواس والهلع .

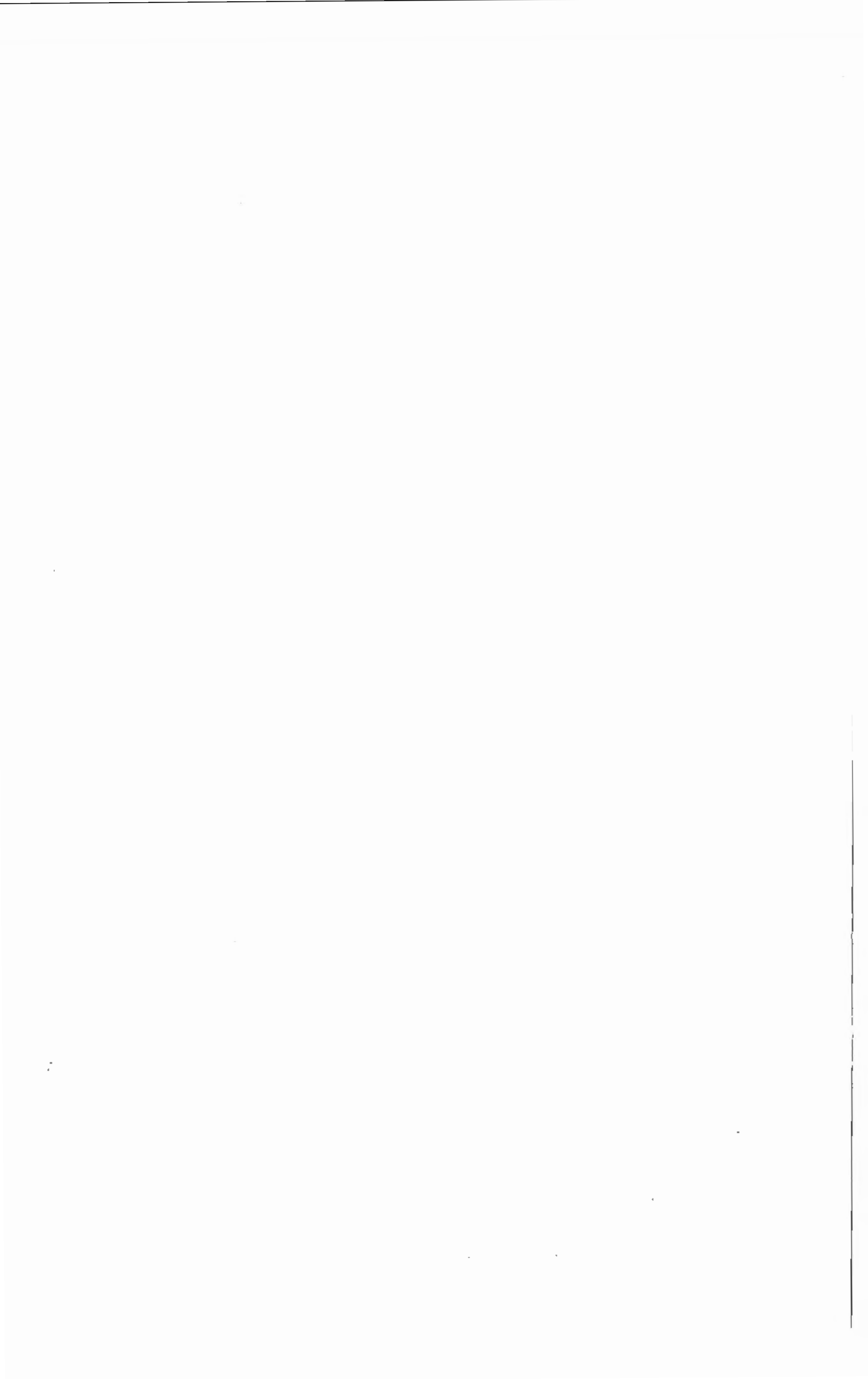
وقد يفضل العلاج النفسى مع الدوائى مثل حالات القلق ، وأحيانا مضادات الاكتئاب مع العلاج المعرفى فى الاضطرابات المزاجية ، ولذا وجب على المعالج بذل كل إمكاناته العلمية ، مستعملاً كل المدارس العلاجية لتخفيف معاناة المريض.



الاضطرابات الذهانية (العقلية)

PSYCHOSES

لايوجد أي مرض في الطب النفسي والعقلي يسمي بالجنون ، والجنون كلمة عامة لاتعني سوي اضطراب في السلوك والتفكير بعيداً عن مألوف تقاليد المجتمع ؛ فيعتبر البعض الجنون قريباً من العبقرية ، وتطلقه بعض المجتمعات علي الشواذ منهم ، ويختلف كل مجتمع في نظرته للجنون ؛ فبعض المجتمعات البدائية تحمي هؤلاء الأفراد، وتعتبرهم ذوي لمسة مقدسة تستحق الاحترام، والبعض الآخر يعذبهم لأنهم من اتباع الشيطان، وتحوم حولهم الأرواح الشريرة، وفي مجتمعات أخري يوضع هؤلاء في السجون ، وفي البعض الآخر يعالجون في المستشفيات



F29-F20

Schizophrenia, Schizotypal and delusional disorders — الفصام والإضطرابات الفصامية النمط والوهامية (الضلالية)

English	Code	العربية
Schizophrenia	**F20**	**الفصام**
Paranoid schizophrenia	F20.0	الفصام الزوراني (البارانويدى)
Hebephrenic schizophrenia	F20.1	الفصام الهيبفريني (فصام المراهقة)
Catatonic schizophrenia	F20.2	الفصام الجامودى
Undifferentiated schizophrenia	F20.3	الفصام غير المميز
Post-schizophrenic depression	F20.4	الاكتئاب التالي للفصام
Residual schizophrenia	F20.5	الفصام المتبقى
Simple schizophrenia	F20.6	الفصام البسيط
Other schizophrenia	F20.8	فصام آخر
Schizophrenia ,unspecified	F20.9	الفصام ، غير المعين
A Fifth character may be used to classify course :		ويمكن استعمال محرف خامس لتصنيف مسار الفصام :
Continuous	.X0	مستمر
Episodic with progressive deficit	.X1	نوبى مع نقيصة متفاقمة
Episodic with stable deficit	.X2	نوبى مع نقيصة ثابتة
Episodic remittent	.X3	مع نوبات هدأة
Incomplete remission	.X4	هدأة غير كاملة
Complete remission	.X5	هدأة كاملة
Other	.X8	مسارات أخرى
Period of observation less than one year	.X9	مدة المراقبة تقل عن السنة
Schizotypal disorder	**F21**	**الاضطراب الفصامى النمط**
Persistent delusional disorders	**F22**	**الاضطرابات الوهامية (الضلالية) المستديمة**
Delusional disorder	F22.0	الاضطراب الوهامى (الضلالى)
Other persistent delusional disorders	F22.8	الاضطرابات الوهامية (الضلالية) المستديمة الأخرى
Persistent delusional disorder. unspecified	F22.9	اضطراب وهامى (ضلالى) مستديم، غير معين

Code	Arabic	English
F23	الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة	**Acute and transient psychotic disorders**
F23.0	الاضطراب الذهانى المتعدد الأشكال الحاد بدون أعراض الفصام	Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia
F23.1	الاضطراب الذاهانى المتعدد الأشكال الحاد مع أعراض الفصام	Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia
F23.2	الاضطراب الذهانى الحاد الفصامى الشكل	Acute schizophrenia-like psychotic disorder
F23.3	الاضطرابات الذهانية الحادة الأخرى مع غلبة الوهام (الضلال)	Other acute predominantly delusional' psychotic disorders
F23.8	الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة الأخرى	Other acute and transient psychotic disorders
F23.9	الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة غير المعينة	Acute and transient psychotic disorders unspecified
	يمكن استعمال محرف خامس لتحديد وجود أو عدم وجود كرب حاد مصاحب	A fifth character may be used to identify the presence or absence of associated acute stress
.X0	بدون كرب حاد مصاحب	Without associated acute stress
.X1	مع كرب حاد مصاحب	With associated acute stress
F24	**الاضطراب الوهامى (الضلالى) المحدث**	**Induced delusional disorder**
F25	**الاضطرابات الوجدانية الفصامية**	**Schizoaffective disorders**
F25.0	الاضطراب الوجدانى الفصامى النمط الهوسى	Schizoaffective disorder, manic type
F25.1	الاضطراب الوجدانى الفصامى، النمط الاكتئابى	Schizoaffective disorder, depressive type
F25.2	الاضطراب الوجدانى الفصامى، النمط المختلط	Schizoaffective disorder, mixed type
F25.8	الاضطرابات الوجدانية الفصامية الأخرى	Other schizoaffective disorders
F25.9	اضطراب وجدانى فصامى، غير معين	Schizoaffective disorder, unspecified
F28	**الاضطرابات الذهانية الأخرى غير العضوية المنشأ**	**Other nonorganic psychotic disorders**
F29	**الذهان الغير العضوى المنشأ والغير المعين**	**Unspecified nonorganic psychosis**

لايوجد أي مرض في الطب النفسي والعقلي يسمي بالجنون، والجنون كلمة عامة لاتعني سوي اضطراب في السلوك والتفكير، بعيداً عن مألوف تقاليد المجتمع ؛ فيعتبر البعض الجنون قريباً من العبقرية ، وتطلقه بعض المجتمعات علي الشواذ منهم ، ويختلف كل مجتمع في نظرته للجنون ؛ فبعض المجتمعات البدائية تحمي هؤلاء الأفراد، وتعتبرهم ذوي لمسة مقدسة تستحق الاحترام، والبعض الآخر يعذبهم لأنهم من اتباع الشيطان، وتحوم حولهم الأرواح الشريرة، وفي مجتمعات أخري يوضع هؤلاء في السجون ، وفي البعض الآخر يعالجون في المستشفيات

يتساوى عند كثير من العامة لفظ الجنون مع الأمراض العقلية ، وهذا خطأ واضح لأن كلمة الجنون ليس لها دلالة طبية واضحة ، ولايوجد أى مرض فى الطب النفسى والعقلى يسمى بالجنون ، والجنون كلمة عامة لاتعنى سوى اضطراب فى السلوك والتفكير، بعيداً عن المألوف من تقاليد المجتمع ؛ فيعتبر البعض الجنون قريباً من العبقرية ، وتطلقه بعض المجتمعات على الشواذ منهم ، ويختلف كل مجتمع فى نظرته للجنون ؛ فبعض المجتمعات البدائية تحمى هؤلاء الأفراد، وتعتبرهم ذوى لمسة مقدسة تستحق الاحترام، والبعض الآخر يعذبهم لأنهم من اتباع الشيطان، وتحوم حولهم الأرواح الشريرة، وفى مجتمعات أخرى يضعون هؤلاء فى السجون ، وفى البعض الآخر يعالجون فى المستشفيات ؛ ولذا وجب علينا التخلص من هذه الكلمة عند المناقشة العلمية للأمراض الذهانية .

وتتميز الاضطرابات الذهانية بعدة أعراض ، تفرقها عن الاضطرابات العصابية وإن كان الطبيب أحياناً ما يواجه صعوبة جمة فى التفرقة ؛ خاصة فى الحالات التى تقع فى الحد الفاصل بينهما ، وتنتشر هذه الأمراض بين المجموع العام فى نسبة تتراوح بين ٥ – ١٠ ٪ . وأهم صفاتها :

١- اضطراب واضح فى السلوك ، بعيداً عن طبيعة الفرد من انطواء ، وانعزال، وإهمال فى الذات والعمل ، والاهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية .

٢- تغير فى الشخصية الأصلية ، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك تختلف عن الشخصية الأولى .

٣- تشوش فى محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه .

٤- تغيرالوجدان عن سابق أمره .

٥- عدم استبصار المريض بعلته، فلا يشعر بمرضه وأحياناً يرفض العلاج؛ اعتقاداً منه أنه لايعانى من أى مرض .

٦- اضطراب فى الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس .

٧- البعد عن الواقع والتعلق بحياة منشوءها اضطراب تفكيره .

ولايلزم وجود كل هذه الأعراض معاً ، بل أحياناً ما يبدأ المرض بمجموعة واحدة من هذه الاضطرابات ، ويجب أن نفرق بين الذهان الوظيفى والذهان العضوى؛ فالذهان الوظيفى هو الأمراض العقلية ، التى لانستطيع حتى الآن إيجاد سبب تشريحى أو باثولوجى لها ولو أنه مع تصوير المخ والأبحاث الوراثية يوجد بارقة أمل فى معرفة الأسباب ، ولكن ذلك لايمنع من وجود اضطراب كيميائى فسيولوجى ، لاتستطيع العين المجردة رؤيته ولا حتى تحت الميكروسكوب، بل وأخيراً بواسطة الأجهزة الحديثة لتصوير المخ ، التى وجدت بعض التغيرات فى نسيج المخ .

أما الذهان العضوى ، فيعنى الأمراض العقلية التى تنشأ من أسباب عضوية فى أجهزة الجسم المختلفة من الجهاز العصبى ، التنفسى ، الهضمى ، القلبى ، هبوط الكبد أو الكلية ، ونظرا لاكتشاف كثير من التغيرات الفسيولوجية والكيميائية، بل حتى فى نسيج المخ فى كثير من الأمراض النفسية الوظيفية ، فقد أصبح تقسيم هذه الأمراض إلى عضوية ووظيفية غير ذات معنى .

الفصام ، والاضطرابات فصامية الطبع واضطراب الضلالة

SCHIZOPHRENIA, SCHIZOTYPAL AND DELUSIONAL DISORDERS

الفصام هو أكثر أمراض هذه المجموعة شيوعا وأهمية ، أما الحالات فصامية الطبع فتحمل كثيراً من السمات المميزة للاضطرابات الفصامية، ويحتمل أن تكون مرتبطة بها وراثيا ، ولكن لاتتضمن الهلاوس والضلالات واضطرابات السلوك الشديدة الخاصة بالفصام نفسه ، وبالتالي فهى لاتستدعى انتباها طبيا .

أما الاضطرابات الضلالية فهى غير مرتبطة غالباً بالفصام ، وقد يصعب تمييزها إكلينيكيا ،خاصة فى مراحلها الأولى ؛ فهى مجموعة متباينة وغير مفهومة تماماً من الاضطرابات الضلالية المستمرة ، ومجموعة أكبر من الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة .

ويبدو أن المجموعة الأخيرة شائعة بشكل خاص فى الدول النامية ، ويجب اعتبار التقسيم المذكور هنا مؤقتاً ، وقد تم الاحتفاظ باضطرابات الفصام الوجدانى ضمن هذه المجموعة ، على الرغم من الاختلاف الدائر حول طبيعتها .

ويعتبر الكثير أن تسمية الفصام (سكيزوفرينيا) غير دقيق ، لأن الاضطراب ليس إنفصاما فى التفكير، و لذا أثار بعض العلماء توصية بتغيير المسمى إلى عسر الاتصالات العصبية Disconnectivity disorder أو رنح المعرفة Cognitive ataxia وقد تم تغيير أسم الفصام فى اليابان إضطراب التكامل Integration Disorder

ويرجح أن تكون الدائرة العصبية للفصام وهى دائرة اللحاء – المخيخ – الثلاموس – اللحاء (CTCC) Cortico -Cerebellar Thalamic Cortical Circuit

ويجرى الحوار حاليا فى ظهور تصنيف جديد للاضطرابات العقلية و السلوكية ليكون التصنيف الحادى عشر لمنظمة الصحة العالمية و التصنيف الخامس للجمعية الأمريكية للطب النفسى ، والمتوقع ظهوره عام ٢٠١٢ حيث يعتمد على التقسيم فى هيئة أطياف ، مثل الطيف الذهانى، الطيف المعرفى ، الطيف المزاجى ، الطيف الوسواسى..إلخ

الفـصـام (سـكـيزوفـرنـيا)

SCHIZOPHRENIA

الفصام هو مرض ذهانى ، يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية ، التى تؤدى – إن لم تعالج فى بدء الأمر – إلى اضطراب وتدهور فى الشخصية والسلوك . وأهم هذه الأعراض: اضطرابات التفكير ، والوجدان والإدراك والإرادة والسلوك .

وقد عرف الأقدمون هذا المرض منذ تاريخ بعيد ، ووصفوه بعدة طرق ، حتى بدأ «كريبلين Kracplin» فى دراساته المستفيضة عن الطب النفسى والعقلى بتصنيف هذه الأمراض ، وسمى هذا المرض بالخرف المبكر Dementia precox عام ١٨٩٩ ، اعتقاداً منه أنه مرض يتميز بالخرف ، ويبدأ فى سن مبكرة أى بعكس خرف الشيخوخة .

وقد نجح كريبلين فى إيجاد صفة مميزة لهذا المرض ؛ لأنه صنف المرض إلى عدة أنواع ، مما أسبغ عليه صيغة إكلينيكية مستقلة ، وأول من سمى المرض بالفصام أو السكيزوفرنيا هو «بلويلر» عام ١٩١١ ، أما معنى الكلمة الحرفى فمشتق من كلمتين ، سكيز (Schiz) ومعناها الانقسام أو الانفصام ، وفرنيا (Phrenia) ، ومعناها العقل أى انقسام أو انفصام العقل ، وليست الشخصية كما يعتقد الكثيرون.

وقد عرف بلويلر الفصام على أنه «مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحياناً مصيراً مزمناً وأحياناً أخرى نوبات متكررة ، ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض فى أى مرحلة ، ولكن لايعود الفرد للتكامل السابق، كما أن هذا المرض يتميز بأعراض خاصة فى التفكير ، والشعور ، وعلاقة الفرد بالعالم الخارجى ، والتى لاتظهر بهذه الطريقة فى أى مرض آخر .

ويختلف العلماء فى تعريفهم لمرض الفصام ، فالبعض لايعتقد فى شفائه ، وأن الحالات التى تشفى ما هى إلا حالات أخرى من الذهان ، وأن الفصام يسير فى طريق مزمن لايرجى منه شفاء ، وهؤلاء المتشائمون ينسون نوبات الفصام التى تتميز فعلاً بالشفاء التام ، وهى لاتقل عن ٢٥٪ من الحالات ، وتأتى فى نوبات دورية وتختلف تماماً عن ذهان الابتهاج الاكتئابى ، أو ما يسمى الآن بالاضطراب الوجدانى ثنائى القطب .

ويعتقد بعض أطباء النفس أن الفصام عبارة عن مجموعة من الاضطرابات العقلية ، ليس لها سبب عضوى ظاهر فى الجهاز العصبى ، ولو أنه أخيراً وجدت علامات عضوية واضحة فى كيمياء ونسيج المخ ، ويعتقد البعض أن الفصام عبارة عن عدة أمراض مختلفة ، ولايمكن توحيدها تحت اسم واحد .

مدى الانتشار :

لقد تمت مجهودات ضخمة لحصر نسبة الإصابة بالفصام بين المجتمعات المختلفة ، ولم يكن هذا الأمر يسيراً مأموناً ، فنحن وإن كنا نستطيع حصر النسبة فى مستشفيات الأمراض العقلية ، إلا أننا لانستطيع حصر كل الفصاميين فى المجتمع ، إلا بعمل مسح شامل لقطاع معين وفحص جميع المواطنين ، وهذا أيضاً ليس بالفعل اليسير ، وحتى النسبة الموجودة بالمستشفيات لاتعطى نسبة مأمونة؛ نظراً لأن الفصاميين الذين يدخلون المستشفيات يعانون من اضطراب السلوك ، وقد ضاعت عندهم قوى التوافق مع المجتمع، ورفضوا العلاج والاقتناع بمرضهم ، ولكن غالبية من يعانى من هذا المرض ، يعز على أهله أن يلحقوه بالمستشفى ، وما أكثر من يحميه المجتمع الخاص الذى يعيش به ولايعترف بمرضه ، كما أنه ليس نادراً أن يخفى المريض كثيراً من أعراضه .

ويصيب الفصام حوالى ٠,٨٥ - ١ ٪ من المجموع العام للتعداد السكانى ، أى إنه إذا كان تعداد مصر ثمانية وسبعون مليوناً ، فإن عدد الفصاميين يتراوح ما بين خمسمائة إلى ستمائة ألف نسمة ، وهى نسبة خطيرة خاصة، إذا أخذنا فى الاعتبار أن هذا المرض يصيب الفرد فى سن الشباب والنضوج ؛ أى فترة العمل والدراسة والازدهار الفكرى ؛ مما يجعل الفصام ليس بظاهرة مرضية فقط، بل ظاهرة تؤثر على الناحية الاقتصادية والاجتماعية ؛ حيث إنه يؤثر على ساعات العمل وارتباط العائلة ، فضلاً عن تفكك الأسرة ، ويؤدى إلى الانطواء وأحيانا إلى سلوك إجرامى مضاد للمجتمع، ويمثل مرض الفصام حوالى من ٥٠ - ٦٠ ٪ من المرضى نزيلى مستشفيات العقول .

وكان البعض يعتقد أن الفصام لايظهر فى المجتمعات النامية، وأنه يترعرع مع الحضارة ، ولكن ثبت خطأ هذا الظن ؛ لأن الدراسات أشارت إلى تواجده بنفس النسبة التى فى الأماكن المتحضرة. ولكن تختلف مظاهر المرض حسب الحالة الثقافية والحضارية والاجتماعية ؛ فمثلاً تصل نسبته فى السويد إلى حوالى ٣ ٪ من إجمالى التعداد السكانى ، وهى من أعلى النسب العالمية ،ويحتمل ذلك لصدق وثبات

الإحصاء وسهولة الحصول على البيانات اللازمة في البلاد المتقدمة.

وقد وجد المؤلف في أحد أبحاثه أن نسبة الفصام بين مرضى عيادة الطب النفسي بمستشفيات جامعة عين شمس حوالي ١٥,٣٪ من بين كل الحالات ، وبالطبع تختلف هذه النسبة عن إحصائيات المستشفيات العقلية ؛ نظراً لأن الأخيرة تستقبل حالات منتقاة من الذهان . وقد وجد دكتور بعشر وزملاؤه في السودان أن النسبة لديهم حوالي ١٢,٢٪ من مجموع مرضى الفصام المترددين على العيادة الخارجية ، وهي نسبة قريبة من أرقامنا في مصر .

وتختلف نسبة إحصاء الفصام في المستشفيات العقلية عن النسبة المذكورة (٦٠- ٧٠٪) ، والمبنية على الدراسات الحديثة في البلاد الغربية، وأهم الإحصائيات في البلاد الأخرى هي التي قام بها شيلي وواطسون ١٩٣٦ في روما، ووجد أن نسبة الفصام بين مرضى المستشفيات العقلية هي ٣٥,٧٪، أما كاروثر ١٩٤٨ فوجد النسبة في كينيا ٣٠,٤٪ ، ووجد توث ١٩٥٠ في الساحل الذهبي أن النسبة لاتزيد عن ١٩,١٪ وارتفعت النسبة في أبحاث فوستر ١٩٥٨ في غانا إلى ٥٣,٦٪، وكذلك وجدها لامبو في نيجيريا حوالي ٦٠٪ .

السن والجنس والمستوى الاجتماعي :

تبين من الإحصائيات المختلفة أن الفصام ينتشر بين الرجال والنساء بنسبة واحدة ؛ فقد توقع بعض الباحثين أن يكون أكثر انتشاراً بين الرجال ؛ نظراً لزيادة تعرضهم لمشاكل الحياة وأعباء العمل ، ولكن هذا لايمنع أن تزيد نسبة الفصام بين الرجال قبل سن الثلاثين ، وبين النساء بعد هذا السن ، وقد تبين أن الإصابة بالفصام والبدء في العلاج تبدأ مبكراً في الرجال عنها في النساء .

وتظهر معظم حالات الفصام أي حوالي ٧٠٪ ما بين سن ١٥ – ٤٠ عاماً، وتصل إلى أقصاها في أواخر الحلقة الثالثة من العمر .

وقد تبين من الدراسات المختلفة أن مرض الفصام ينتشر في الأماكن المكتظة بالسكان؛ حيث الفقر والجريمة والبطالة والانحرافات الاجتماعية الأخرى، كما أن ٤٠٪ من الحالات تظهر في الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الأدنى كالعمال غير المهرة أو غير الفنيين ، كما أن هذا المرض أكثر انتشاراً في غير المتزوجين عنه في المتزوجين، والبعض يعزو ذلك إلى أن هؤلاء المهيئين وراثيًا لهذا المرض كثيراً ما يميلون إلى الانسحاب من المجتمع والعزلة والانطواء ؛ مما يجعل النسبة تبدو أكثر ظهوراً بينهم .

ويزدهر الفصام فى الربيع وأوائل الصيف ، وذلك كمعظم الأمراض الذهانية الحادة التى تنتشر فى هذه الفصول . ومن الصعوبة تحديد الأسباب الرئيسية لذلك يحتمل وجود تغيرات بيولوجية وفسيولوجية أثناء تغير الجو ؛ مما يجعل الفرد المهيأ للمرض عرضة للانتكاسات ، كذلك ينتشر بين مواليد فصل الشتاء ، ويظهر فى أصغر أبناء العائلات المتعددة الأفراد .



Schizophrenia

الفصام

أسباب مرض الفصام :

لاتقل الأبحاث التى قام بها العلماء لمعرفة أسباب الفصام عن عدة آلاف ، فضلاً عن مئات المراجع والكتب التى ألفت بهذا الصدد ، وحتى الآن لانستطيع الجزم بسبب واحد لهذا المرض، بل هو عدة تفاعلات بيئية ووراثية وفسيولوجية وكيميائية ، وكل عالم يؤمن بسيادة أحد الأسباب على الآخر حسب مدرسة الطب النفسى ، التى ينتمى لها ، وسنحاول هنا أن نفسر كل النظريات بإيجاز :

١ – العوامل الوراثية :

لايمكن إغفال أهمية العامل الوراثي في نشأة مرض الفصام ، ولكنه لايلعب الدور المهم الذي أثير في السنوات الماضية . ولمعرفة مدى أهمية هذا العامل ، علينا بدراسة نسبة المرض بين التوائم المتشابهة أو المتطابقة ؛ نظراً لأن هذه التوائم تتساوى في جميع صفاتها ؛ لأنها أصلاً من بويضة واحدة ومن حيوان منوى واحد ؛ لذلك تكون الصفات المشتركة بينهما نتيجة لعامل الوراثة .

وتختلف هذه التوائم عن غير المتشابهة أو المتآخية، والتي تنتج من تلقيح بويضتين بحيوانين منويين مختلفين وراثيا ، وتكون نسبة المشاركة الوراثية بينهما مثلها مثل المشاركة الوراثية بين شقيقين يولدان على مدى عدة سنوات ، وقد اختلف الباحثون على المدى الطويل في نسبة الفصام بين هذه التوائم .

ويوضح لنا الجدول (٣ – ١)معظم هذه الأبحاث مع النسبة المئوية للإصابة بالمرض .

جدول (٣–١) : نسبة الفصام في التوائم المتشابهة.

الباحث	عدد التوائم	عدد المرضي	النسبة المئوية
لوكسنبرجر (١٩٣٤)	٢٧	٩	٪٣٣
روزانوف (١٩٣٤)	٤١	٢٥	٪٦١
ازنمولر (١٩٤١)	١١	٦	٪٥٥
كولمان (١٩٦٤)	١٧٤	١٢٠	٪٨٥,٩
سليتر (١٩٥٣)	٣٧	٢٤	٪٧٦
أنوي (١٩٦١)	٥٥	٣٣	٪١٩
تيناري (١٩٦٣)	١٦	٣	٪١٩
كرنجلين (١٩٦٤)	٦	صفر	صفر٪
جوتسمان (١٩٦٦)	٢٤	١٠	٪٤٢
كرنجلين (١٩٦٧)	٥٥	٢١	٪٣٨
فيشر (١٩٦٩)	٢١	١٠	٪٤٨
بولين (١٩٧٠)	٨٠	١١	٪١٣,٨

ومن هنا نستطيع قبول النسبة للتوائم المتشابهة من ٣٠– ٤٦ ٪ وللتوائم المتآخية ١٤ ٪؛ أى إن نسبة الإصابة بين التوائم المتشابهة تزيد أربع مرات عنها فى التوائم المتآخية ، ولاتزيد هذه النسبة عما لوحظ فى العصاب (سليتر ١٩٦١ وتينارى فى ١٩٦٣) .

ونلاحظ اختلاف النسب فى الدراسات المذكورة ؛ لعدم وجود محكات للتشخيص الدقيق المقنن ، إلا فى أوائل الثمانينات ، مع ظهور التقسيم الأمريكى الثالث .

ويجب أن يتضح فى أذهاننا أن مرض الفصام وأعراضه لايورث ، ولكن الذى يورث هو تهيئة المريض واستعداده للإصابة بهذا المرض ، إذا تجمعت عنده أسباب أخرى بيئية وبيولوجية، ويدل على ذلك أبحاث هستون ١٩٦٦ وكرنجلين ١٩٦٧ فى أن الوراثة غير مميزة ؛ خاصة فى المرض العقلى .. فقد وجد أنه إذا أصيب أحد التوائم المتشابهة بالفصام ، فنسبة إصابة التوأم الآخر بالفصام حوالى ٠,٣ ، ونسبة الإصابة بالذهان شبيه الفصام ٠,١ ، ونسبة الإصابة بالعصاب أو اضطراب الشخصية ٠,٣ ونسبة التوأم الآخر فى أن يكون سويا ٠,٣ ؛ إذاً فالوراثة هنا غير محددة، ولكن هناك استعداداً عاماً للمرض العقلى بكافة أنواعه ، حسب شدة البيئة .

كذلك اختلف العلماء فى نمط الاستعداد الوراثى للمرض ؛ فالبعض يعتقد أن الاستعداد للفصام ينتقل من خلال مورثات سائدة أو مسيطرة Dominant، ويعنى ذلك ضرورة إصابة أحد والدى المريض بالمرض نفسه ، وظهوره فى أبناء المرضى بنسبة ٥٠ ٪ .

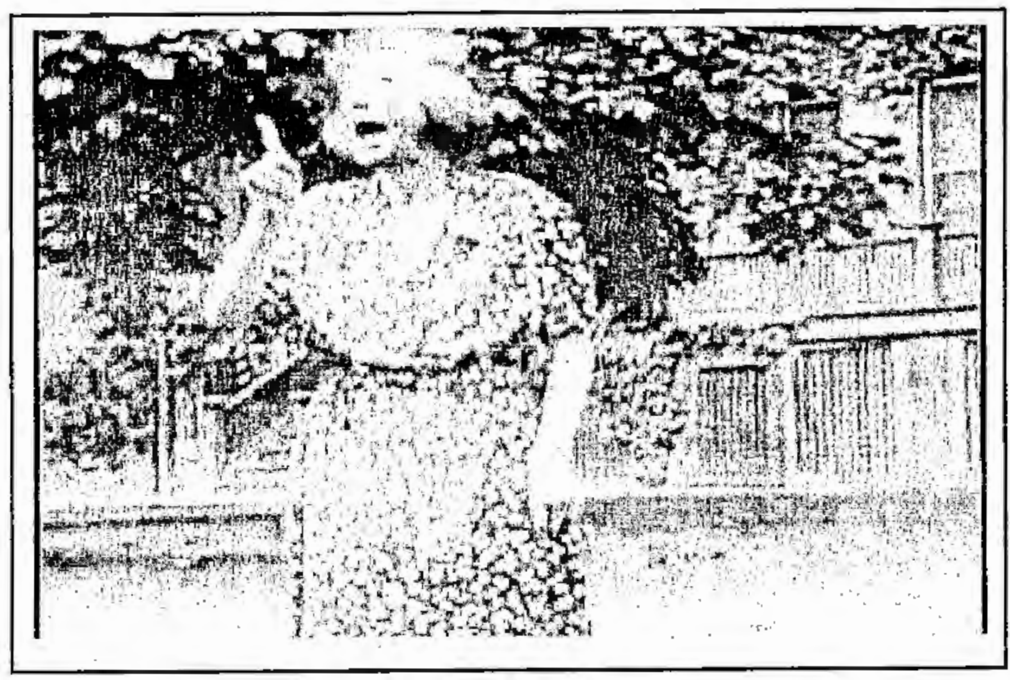
وقد أثبتت الإحصاءات الحديثة خطأ هذه النظرية ، ويميل البعض الآخر للاعتقاد بأن الاستعداد للمرض ينتقل من خلال مورثات استرجاعية Recessive؛ أى إن غالبا ما يكون الوالدان والأقرباء فى صحة عادية ، وأن يصاب أبناؤهما بنسبة ٢٥ ٪ ، ولكن هذه النسبة لاتستطيع تفسير مدى انتشار مرض الفصام .

ويتفق الآن معظم أطباء النفس والعقل على أن الاستعداد الوراثى لمرض الفصام ينتقل من خلال مورثات متعددة العوامل والتأثير ، وليس من خلال مورثات سائدة أو استرجاعية ، ومن هنا نجد تفاعل عاملى البيئة مع الوراثة ، ولايمكن فصلهما عن بعض ولاتزيد محاولات دراسة التوائم المتشابهة فى العالم بعد فصلهما بيئيا عن بعض، واختلاف العامل البيئى بينهما عن ٦ أو ٧ محاولات. وعلى الرغم

من اختلاف البيئة ؛ إلا أن معظم التوائم أصيبوا بالمرض نفسه، رغم فصل أحدهما عن الآخر ، باستثناء دراسة تيناري ١٩٦٣ ، والذى وجد أن التوأم المتشابه الذى فصل عن أخيه بيئيا لم يصب بالمرض نفسه .

وقد أثيرت منذ سنوات علاقة الفصام بعلامة على الكروموزوم رقم ٥، مما جعل الاهتمام بالهندسة الوراثية فى مجال الاضطرابات العقلية يأخذ مجالا أكثر انتشاراً، ولكن لم تثبت الأبحاث المتكررة صدق وجود هذه العلاقة على الصبغ رقم ٥، ولكن يوجد حالياً كثيراً من الجينات لها دور فى نشأة الفصام.

إذاً فالعامل الوراثى له أهميته الواضحة فى نشأة مرض الفصام ، والمرض لايورث ، ولكن الموروث هو الاستعداد للمرض ، عن طريق مورثات متعددة غير خاصة ، وإذا كانت نسبة إصابة التوائم المتشابهة تتراوح ما بين ٣٠ - ٤٦ ٪ ، فإن ذلك يعنى أن العوامل الاجتماعية والنفسية والبيئية تلعب دوراً لايقل عن ٦٠ ٪، أما التوائم المتآخية فحوالى ١٤ ٪ . وإذا أصيب الوالدان بالفصام ، فالنسبة بين أبنائهما تصل إلى ٤١ ٪ ، أما إذا أصيب أحد الوالدين فتكون النسبة بين الأولاد حوالى ١٦,٤ ٪ أما إذا أصيب أحد الأخوة فتتساوى تقريباً نسبة إصابة إخوته بالتوائم المتآخية أى حوالى ١٠ ٪، ولكننا لانستطيع استبعاد عامل البيئة فى هذه النسب ؛ نظرا لأن الجو البيئى الذى يكتنف الأسرة الواحدة يلعب دوراً مساوياً .



Schizophrenia

الفصام

٢- الشخصية :

تلعب الشخصية دورا مهماً فى تهيئة الفرد للإصابة بمرض الفصام ، ولايدعو ذلك للدهشة ؛ خاصة إذا عرفنا أن تكوين الشخصية يتم من خلال تفاعل عاملى البيئة والوراثة ، وأن الشخصية الحافزة للفصام ما هى إلا مورثات ضعيفة لهذا المرض ، تحتاج لعوامل بيئية وفسيولوجية مختلفة لظهور المرض نفسه .

وقد تعددت الآراء بالنسبة للشخصية المهيئة للفصام، ومن أهم الأبحاث فى هذا الصدد ما قام به أرنولد ١٩٥٥ بدراسة خمسمائة فصامى ، ووجد شخصياتهم قبل المرض كالآتى : ٣٢,٢ ٪ شخصيات سوية ، و٢٦,٢ ٪ شخصيات غير محددة، و٢٦,٢ ٪ شخصيات شبفصامية Schizoid ، وفى ١٥,٤ ٪ شخصيات مضطربة ولكن غير فصامية .

وتتميز الشخصية الشبفصامية (السكيزويد) ، والتى لاتزيد نسبتها فى المرضى قبل إصابتهم بالمرض عن الثلث ، بالانطواء والهدوء والخجل والحساسية المفرطة ، مع عزوفهم عن الاختلاط وصعوبة التعبير عن انفعالاتهم لفظيّا مع الجنوح الدائم للخيال والتفكير ، وتجنبهم مواجهة الواقع ؛ مما يجعلهم يميلون للأعمال التى تحتاج للعزلة والتفكير كالفلاسفة ، والعلماء فى معاملهم والمشرعين والمخططين ، وبعض الفنانين والكتاب .

وتزيد نسبة هذه الشخصية بين أقرباء مرضى الفصام ؛ مما يجعلنا نعتقد أنها صورة محبطة من المرض ، دون ظهور أى أعراض تحرم الفرد من التوافق الاجتماعى، وأود أن أضيف أن هذا النمط من الشخصية يستطيع النجاح فى حياته العامة ، إذا اختار لنفسه الوظيفة المناسبة والشريك الملائم ، حيث إن بعض الوظائف المهمة السابق ذكرها لايلائمها إلا هذه الشخصية .

وعادة ما تتميز هذه الشخصية الشبفصامية بتكوين جسمى واهن ؛ أى الطول مع النحافة وضيق عرض الصدر والكتفين وطول الأنامل والرقبة ، وهذا أيضا ما نلاحظه على معظم مرضى الفصام من ناحية التكوين الجسمى، وإن كنا أحيانا نلاحظ فصاميين ذوى أجسام مكتنزة تميل للسمنة .



Schizophrenia
الفصام

٣- العوامل الأسرية :

يرجع رواد مدرسة التحليل النفسى مرض الفصام لصدمات ونكوص للمراحل الجنسية الأولى فى حياة الفرد، وصراع مستمر بين الأنا والعالم الخارجى؛ مما يجعل المريض يمتص الطاقة الليبيدية للداخل ، بدلاً من توجيهها خارجيًا ؛ فالأعراض الفصامية فى التحليل النفسى تعنى نكوصاً لأنماط بدائية فى التفكير والسلوك ، والتى تميز الطفولة المبكرة . وأننا لنرى من الصعوبة بل وأحيانا من الاستحالة أن نعالج مرضى الفصام بناءً على نظرية التحليل النفسى ؛ ولذا فقد نشأت فى السنوات الأخيرة عدة نظريات، تربط بين مرض الفصام والجو العائلى، الذى ينشأ فيه الطفل .

ومن أهم هذه النظريات الآتى :

أ- **نظرة بتسون** Bateson :

وتعتمد هذه النظرية على الترابط المزدوج Double bind ، وتعتبر أن الفصام ينشأ من تعرض الطفل أثناء نموه لمؤثرات شديدة من الوالدين تتميز بهذا الترابط المزدوج ، فنحن نعلم أن التفكير والسلوك والمنطق يعتمد على اكتساب القدرة للتفرقة بين المهم والتافه وتصفية الحقائق والعناصر المهمة مما يشوبها من اختلاط وتشويش، وهذه القدرة تكتسب من سلوك الوالدين ولاتورث ، فإذا كان عالم الوالدين مشوشا مملوءاً بالمعانى غير المفهومة والسلوك الغامض ينشأ ما يسمى بالترابط المزدوج ومن هنا لايستطيع الطفل تنظيم عالمه ، ومن ثم ينشأ الفصام ، ونعنى بالترابط المزدوج

أن نعطى تعليمات للطفل بأن يفعل «أ» وألا يفعل «أ» فى الوقت نفسه.

ويتم إعطاء هذه التعليمات بواسطة الوالدين بطريقة غير لفظية ، تشير إلى اضطراب انفعالات الوالدين ، ومن هنا لايعرف الطفل السلوك السوى ، وقد يتعرض للعقاب مهما فعل ، وبالتالى يتعلم أن الطريقة السليمة هى ألا يفعل شيئا وأن يسلك مسلكاً سلبياً ومبهماً ، وعلى هذا تكون إجاباته خافية حتى لايتحمل المسئولية كاملة ، وحتى لايكون عرضة للعقاب ، وتتدرج تفسيرات هذه النظرية لكى تؤول اضطرابات التفكير والانفعال والسلوك فى مرضى الفصام على أنها استمرار لاكتساب الطفل هذا النوع من التفكير المشوش والترابط المزدوج من الوالدين ، وأن هذه الاضطرابات ما هى إلا عملية دفاعية ضد طلبات مستحيلة وللهروب من العقاب .

ب- ليدز Lidz (١٩٦٣) :

وقد استنبط ليدز نظريته من تطبيق التحليل النفسى على العائلة بأكملها ؛ ففى حين يركز باتسون على العلاقة بين الطفل والوالدين ، نجد أن ليدز يحاول تفسير العلاقة بين الوالدين أنفسهما ثم مع الطفل ؛ أى التفاعل الثلاثى بينهم ، فتعتقد النظرية أن العائلة كلها مرضية ، وأن الفصامى ما هو إلا أحد أفراد هذه العائلة .

ومن أهم ما تشير إليه هذه النظرية الانحراف أو الاعوجاج Skew والانقسام Schism ؛ فالجو العائلى يعتمد على تكامل صورة الوالدين ، فإذا تخلف أحدهما كأن يكون منطويا ضعيفا ،غير ناضجا ، سلبيا ، والآخر سائدا قويا بدأ الاعوجاج فى المناخ العائلى ، وتنشأ اضطرابات فى العلاقات الأسرية بين الوالدين والطفل ؛ مما يؤدى إلى تكوين خاطئ للشخصية فى هؤلاء الأطفال المعرضين لصور مرضية من الآباء والأمهات .

أما الانقسام، فهو العلاقة الباردة بين الأبوين، والتى لاتحمل أى انفعالات حارة مع الصراعات المختلفة التى تصحب مثل هذا الشعور، والتى تسمى بالطلاق العاطفى؛ مما يؤدى إلى مضاعفات ضارة فى أطفالهما ، وقد وجد أن معظم الفصاميين يرون فى أمهاتهم شخصيات قوية وسائدة ، بعكس شخصية آبائهم الضعيفة.

وقد أجرى وارنج وريكس ١٩٦٥ عدة أبحاث بهذا الصدد ، نستطيع تلخيصها كالآتى :

(١) تتميز عائلة مرضى الفصام المزمنين بالآتى :

(أ) يعانى الوالدان أو أحدهما من الذهان أو من الحد الفاصل للذهان .

(ب) تتميز علاقة الأبوين بالطفل بالتكافل الطويل المدى .

(جـ) يعيش الأب والأم فى حالة من الطلاق العاطفى ، مع اعوجاج واضح فى الحياة الزوجية .

ويبدو تداخل هذه العوامل واضحاً ، فإن كان أحد الوالدين ذهانياً، فسيؤدى ذلك إلى انحراف فى الزواج ، وبالتالى إلى طلاق عاطفى ، ويبدو هنا التداخل المستمر بين عاملى الوراثة والبيئة وكيفية مسارهما فى دائرة مفرغة .

(٢) يتميز مرضى الفصام الذين يشفون من مرضهم بوجودهم فى عائلات، يبدو فيها الاكتئاب واضحاً كاستجابة لخسارة أو فقدان عزيز أثناء طفولة المريض ، ويصح تسمية هذه الحالات بالفصام الوجدانى .

(٣) لاتنجب العائلات ذات الصحة الانفعالية السوية أطفالاً يصابون بالفصام عند نضوجهم .

جـ- نظرية واين وسنجر ١٩٦٥ Wynne and Singer

تشير هذه النظرية إلى احتمال وجود أنماط للتفكير والاتصال بين عائلات الفصاميين ، شبيهة لما يحدث فى المرضى؛ لدرجة أنه يمكن التنبؤ بمرض المريض، إذا درست العائلة بأكملها. وتستمر النظرية فى تفسير نشأة المرض على أنها امتداد لتفاعل الوراثة ، مع اكتساب اضطرابات التفكير من العائلة ؛ مما تفجر بدورها الاستعداد الوراثى وهكذا .. فالطفل المهيأ للفصام سيئ الحظ لسببين : أولهما أنه ولد مهيأ بجهاز عصبى ، ومورثات لها الاستعداد للفصام ، وثانيهما أنه ينشأ فى بيئة تساعد على اكتساب أعراض الفصام .

وقد أثبت ليدز وشركاه ١٩٦٣ وجود اضطراب فى تفكير آباء وأمهات الفصاميين بدراسة محكمة ،وقد سبقه أيضا ماكونجى ١٩٥٩ ، ووجد نسبة تصل إلى ٦٠٪ ، ولكن لم يستطع بلويلر ١٩٧٢ إثبات ذلك بتطبيق اختبارات رورشاخ على أقارب المرضى .

وقد تتبع براون (١٩٦٢) ١٢٨ مريضاً بالفصام لمدة سنة كاملة بعد خروجهم

من المستشفى، ووجد أن نسبة الانتكاسات تزيد بين هؤلاء الذين يعودون لعائلات ذوى شحنات انفعالية كبيرة أو متورطى الانفعالات ، سواء بالرعاية والحماية الشديدة أو العكس بالنقد اللاذع أو العدوان الدفين ، عن هؤلاء الذين يعودون لعائلات ذوى شحنات انفعالية سوية ، ويوضح ذلك مدى تأثير الانفعالات وشدتها واستقلال المريض على مآل مرض الفصام .

ولم يثبت للآن صدق أى من هذه النظريات ، ويذهب الطب النفسى الحديث إلى نفى أى علاقة بين الأبوة والأمومة واضطراب الفصام ، واعتقد البعض أنه من الظلم إدانة الأبوين لمرض ابنهما ، ويكفى معاناتهما فى التعامل مع مرض الابن أو الابنة .

د- نظرية لانج وساز Laing and Szasz :

(**النظرية المضادة للطب النفسى**) (Antipsychiatry)

يرى لانج وساز (١٩٦٢ - ١٩٦٨ - ١٩٧٢) أنه لايمكن تفسير الفصام فى إطار طبى ، وأن الحل الأمثل شموله تحت الإطار الاجتماعى والإنسانى .

وقد بنى نظريته على هذا الأساس ، والتى تتلخص فى الآتى :

التعريف :

الفصام نعت أو لقب يتداوله ويسقطه البعض على الآخر تحت ظروف اجتماعية معينة ،وهو ليس مرضاً فى الإطار الطبى المعروف مثل الالتهاب الرئوى ، ولكنه نوع من الاغتراب يختلف عن الشعور الاغترابى المتداول ؛ فالفصام حقيقة اجتماعية وحدث سياسى .

السبب :

الفصام هو أحد أنواع الاغتراب ، والذى يرتكبه الإنسان فى حق أخيه بطريقة وحشية عنيفة ، فنحن ندفع أولادنا نحو الجنون ولانتحمل التركيبات الأساسية للخبرات الذاتية ، وعلينا دراسة النظام الاجتماعى وليس الأفراد ؛ للوصول إلى تفسير سببية الفصام .

السلوك :

إن السلوك المخالف والذى يلقبه البعض بالفصام ما هو إلا استراتيجية خاصة يلجأ إليها الفرد ، ليتعايش مع مواقف غير محتملة . وتفسير التحليل التفاعلى لايكفى

لشرح هذا السلوك ؛ حيث إن العلاقات الإنسانية عبر الخبراتية لايمكن خضوعها للإحصاء العلمى مثل الأنظمة الإلكترونية . وللأسف يتجه اهتمام الطب النفسى نحو سلوك المريض ، وليس إلى خبراته الذاتية .

العلاج :

يتلخص العلاج الحالى فى نبذ المريض لخبراته الذاتية ، والالتصاق بأهداف المعالج ، والذى يختلف تفسيره لهذه الخبرات الذاتية عما يقصده المريض.

المآل :

إذا لقبنا أحدا بأنه فصامى ، فسيلتصق به هذا النعت ، وسيتجه العلاج نحو تعزيز هذا السلوك، الذى سمى بالفصام فى بدء الأمر ، وتدور اللعبة فى حلقة مفرغة.

وظيفة المستشفى :

تتلخص فى التقليل من قيمة الذات ، ودفع الإنسان نحو المرض والاعتماد والعجز .

حقوق وواجبات المرضى :

يحرم المريض من كل حقوقه الوجودية والقانونية ، ولايحق له تعريف ذاته أو الاحتفاظ بممتلكاته أو وقته أو مقابلة أصدقائه أو عمل ما يبغاه ، وبعد تعرض المريض للاحتفال الابتذالى ، والذى يسمى بالفحص النفسى يحرم من حقوقه المدنية ، ويودع فى أحد السجون المسماة بالمصحات العقلية ، ويستمر فى هذا العذاب حتى يلقب بأنه تحسن أو توافق مع المجتمع .

حقوق وواجبات المجتمع :

يعمل المجتمع دائماً على مواصلة وجود أفراده فى حالة استاتيكية غير متغيرة، ومن هنا يحق للمجتمع أن يودع أحد أفراده المصحات العقلية كوسيلة لإبقاء هذا الجمود واللاتغير الاجتماعى . ويتضح هنا حرمان المجتمع لأحد أفراده من حقوقه وعلاجه فى الإطار الطبى على أنه مريض، مع أنه يملك قوة شفافة فى إدراكه وخبراته الذاتية ، وأنه باستثناء بقية أفراد المجتمع ناقد فصيح بليغ للهيكل الاجتماعى.

وبالطبع .. فالاعتراضات وافية على ما يقوله لانج ، ولو أنها اجتهادات فلسفية رائعة ، إلا أنه فشل فى إيجاد الأسباب والعلاجات الشافية ، وقد انتهت هذه المدرسة فى الثمانينيات ، ولكن أحيانا ما يثير أحد روادها بعض الحلقات النقاشية.

٤– الوحدة الاجتماعية :

ينتشر الفصام فى الأماكن المكتظة بالسكان ، والتى يشعر الفرد فيها بالوحدة الاجتماعية بعكس الضواحى ؛ حيث يوجد الشعور بالألفة والترابط الاجتماعى . وقد وجد روث أن ٤٥ ٪ من الفصاميين يأتون من الطبقة الاجتماعية السفلى ، والتى تمثل أكثر من ٥٠ ٪ من التعداد السكانى ، كذلك لاحظ ارتباط العزلة الاجتماعية أو السجن لمدة طويلة بالبارافرنيا والبارانويا ، وهى أنواع من الطيف الفصامى تتميز بالاعتقادات الخاطئة .

٥– العوامل الغدية والهرمونات :

تقدم كثير من العلماء بأبحاث متعددة ؛ للنظر فى احتمال وجود ترابط بين الغدد الصماء أو الهرمونات ومرض الفصام ، فقد وجد الدكتور جسنج أن مرضى الفصام الكتاتونى الدورى يحتفظون بكميات كبيرة من مادة النيتروجين فى الجسم، وأنهم يتحسنون عند طردهم لهذه المادة ، وقد استخدم هرمون الغدة الدرقية للتخلص من هذه المادة وشفاء المرضى .

كذلك لاحظ الدكتور رايز أن ٣٠ ٪ من مرضى الفصام يعانون من اضطراب نوعى فى نشاط الغدة الكظرية ، ومن الأبحاث ما قام به المؤلف فى قياس كميات الكورتيزون فى مرضى الفصام ، وأثر ذلك غلى شفائهم ؛ فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضى فصام البارانويا أكثر من مرضى أنواع الفصام الأخرى ، وأن نكسات المرض تصاحبها زيادة فى إفراز هرمون الكورتيزون ، وأن شفاء المرض يصاحبه نقصان فى إفراز هذا الهرمون ، ويحتمل أن يكون ذلك بسبب المشقة التى يتعرض لها المريض .

وقد حاول البعض إثبات ضعف الإخصاب فى الرجال الفصاميين بوجود بعض الضمور فى الخصيتين ، ولكن أثبتت الأبحاث الحديثة خطأ هذا الظن ، وأنه إذا وجد ضمور فسببه الإهمال أو قلة التغذية الصحية ، ولكن مازالت نسبة الإخصاب بين الفصاميين أقل من المجموع العام .

ويوجد كثير من الملاحظات الإكلينيكية ، التى تؤيد الترابط بين الفصام واضطراب الهرومونات ، فمن النادر حدوث الفصام فى الأطفال ، كما أن نسبته تزيد عند البلوغ وفى سنّ توقف الطمث وكذلك بعد الولادة ،و هى فترات تتميز باضطراب واضح فى إفراز الهرمونات ... كذلك فإن إعطاء بعض الهرمونات كالكورتيزون

يسبب أحياناً أعراضاً ذهانية شبه فصامية من هلاوس وضلالات مع مرض المكسديما (نقص الغدة الدرقية)، أو مرض كشنج (زيادة إفراز الغدة الأدرينالية)..

٦- اضطرابات الجهاز العصبي :

من الشواهد المهمة هو أن بعض الأمراض العضوية في الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض شبيهة بالفصام، وإن لم يفحص المريض طبيا بعناية ودقة، يحتمل تشخيص أعراضه بالفصام.

ومن أمثلة ذلك زهري الجهاز العصبي والحمى المخية وأورام الفص الجبهي والصدغي في المخ، وهبوط نسبة السكر في الدم؛ مما يدل على أن الاضطراب العصبي يؤدى إلى أعراض فصامية، وأن الفصام ذاته من المحتمل أن يكون سببه اضطراب فسيولوجي في الجهاز العصبي؛ خاصة بعد الأبحاث المهمة الحديثة عن وجود علاقة وارتباط وثيق بين الفصام والصرع.. فقد لوحظ أن كثيراً من مرضى الصرع؛ خاصة الصرع النفسي الحركي، يعانون بعد فترة من المرض من أعراض شبيهة بالفصام، وبالتالي اتجهت الآراء نحو احتمال تشابه أسباب مرضى الصرع والفصام، ونحن نعلم أن السبب الرئيسي للصرع هو ظهور موجات كهربائية دورية شاذة في المخ، وأنه من الممكن أن يكون سبب الفصام مشابهاً لما يحدث في الصرع من موجات كهربائية شاذة.

وقد وجد فعلاً أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب واضح وموجات مرضية، ولكنها غير نوعية أو مميزة في رسم المخ الكهربائي، وتختلف هذه الموجات المرضية.. فمن اختفاء للذبذبة ألفا إلى موجات بطيئة وسريعة متساوية على فصى المخ، إلى بؤرات إبرية في الفص الصدغي ... إلخ.

وقد وجد اضطراب رسم المخ في ٧٣٪ من فصام المراهقة، و٧٦٪ من الفصام الكتاتوني و٥٧٪ من الفصام البسيط، و٤٥٪ من فصام البارنويا، بل إن الأبحاث الحديثة التي تعتمد على رسم المخ باللواحب الملتصقة بالمخ أثناء الجراحة تدل على وجود موجات إبرية شاذة خاصة على الفص الصدغي في حوالي ٩٠٪ من الحالات.

ولقد سبق أن ذكرنا في كتابنا «علم النفس الفسيولوجي» أنه يوجد نوعان من النوم: النوع الأول غير مصحوب بحركات العين السريعة، والنوع الآخر مصحوب بحركات العين السريعة وتحدث الأحلام خلال النوع الثاني.. وإذا أخذنا في الاعتبار أن الفرد يصبح فصاميا أثناء أحلامه.. فإننا نعني أنه يكون فريسة للهلاوس

والهذاءات والتفكير المضطرب .. فقد نشأت النظرية ، التى تؤمن بأن الفصام هو حالة مرضية فسيولوجية سببها اندفاع وتخلل موجات كهربائية فى المخ من نوع النوم ، الذى تصاحبه حركات العين السريعة ، وأنها تزحف على الفرد أثناء اليقظة ، وتسبب له اضطرابات شبيهة بما يحدث فى الأحلام ، ومازالت هذه النظرية محلاً للبحث والنقد .

وقد نشرت المجلة الإسكندنافية النفسية عام ١٩٨٣ بحثاً للمؤلف عن دراسة مخ مرضى الفصام ، بواسطة الأشعة المقطعية بالكمبيوتر ، وقد لوحظ أن عدداً كبيراً من مرضى الفصام يتميزون بزيادة حجم بطينات المخ ، وبعض الضمور فى الخلايا العصبية ، وقد تأكد ذلك بعديد من الأبحاث من كل بلاد العالم ، وكذلك ثبت بواسطة أشعة الرنين النووى المغناطيسى وجود بعض التغيرات فى نسيج المخ فى بعض مرضى الفصام ، وقد لوحظ فى أشعات تصوير المخ ؛ لمعرفة الدورة الدموية المخية وكمية استعمال الجلوكوز فى الفصوص المخية أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب فى الفص الجبهى الأيسر ، وكذلك فى السطح الإنسى من الفص الصدغى . وتشير بعض الأبحاث عن خلل فى توصيلات المسارات العصبية فى بعض أجزاء المخ مما يسبب ترنحاً فى الوظائف النفسية فى مرضى الفصام .

وقد قام المؤلف – مع الدكتورة منى رأفت – بدراسة مئات من مرضى الفصام بواسطة الفحص التوبوجرافى للمخ بالكمبيوتر (أجهزة حديثة تنقل رسم المخ بالكمبيوتر إلى خرائط ملونة توضح النشاط الكهربى للمخ) (١٩٨٨ ، ١٩٨٩ ، ١٩٩٠) ، ووجد بعض الخلل فى النصف الأيسر من المخ ؛ خاصة فى الفص الجبهى والصدغى . ولانستطيع الجزم بأن هذه التغيرات هى سبب الفصام أو إحدى العلامات المصاحبة التى تميز هذا الاضطراب عن غيره .

ويؤمن علماء الاتحاد السوفيتى بأن السبب الفسيولوجى للفصام هو كف وقائى عام فى المخ ، فالخلايا العصبية فى الفصاميين فى حالة ضعف وإرهاق بحيث تؤدى المنبهات العادية إلى استجابات قوية ، ولذا تستجيب قشرة المخ بحالة كف عام ، ويمتد هذا الكف الفسيولوجى أحياناً من قشرة المخ إلى جذع المخ . وتعتمد الصورة الإكلينيكية للمرض على امتداد وانتشار عملية الكف اللحائى ، فالهياج الكتاتونى ما هو إلا علامة من كف لحاء المخ ، أو بالتالى تحرر المناطق تحت اللحائية البدائية من تحكم وتقدير اللحاء ، وتصبح فى حالة من الهياج الشديد .

ويعتقد العلماء السوفييت أن سبب الفصام هو هذا الضعف الوظيفى فى الخلايا

العصبية ، وأن سبب ذلك تسمم عام فى الجسم بما فيه المخ من مواد سامة، نشأت من اضطراب التمثيل الغذائى للبروتينات فى الجسم ، وأن أسباب هذا الاضطراب غير معروفة للآن ، ولكن يحتمل أن تلعب المناعة الذاتية دوراً مهماً فيها ، وأن هذا التسمم العام يسبب ضموراً واضطرابات فى الخلايا العصبية ، نستطيع رؤيتها تحت الميكروسكوب . ولكن كما ذكرنا سابقاً ، يحتمل أن يكون ذلك نتيجة للمرض وليس سببا له .

٧- العوامل الكيميائية :

لوحظ أن بعض عقاقير الهلوسة مثل ل. س. د. L. S. D ، والمسكالين والحشيش والأمفيتامين تؤدى إلى اضطرابات فى التفكير والانفعال وهلاوس وهذاءات شبيهة بمرض الفصام ؛ مما جعل العلماء يفكرون فى احتمال وجود تغيير كيميائى داخلى فى جسم هؤلاء المرضى ، شبيه بما تحدثه هذه العقاقير .

وقد اتجهت الأبحاث نحو دراسة الاضطرابات الكيميائية فى الهرمونات العصبية، مثل : الأدرينالين ، والدوبامين ، والسيروتونين وغيرها ، وقد أيدت التجارب الحديثة أنه يوجد اضطراب فى ميثيلية Methylation هرمون الأدرينالين (سمايثى ١٩٦٨) فى مرض الفصام، لدرجة أنه إذا تناول بعض الفصاميين مركبات كيميائية بها مستحضرات ميثيلية تزيد أعراضهم بشدة .

ولقد استطاع بعض العلماء استخلاص بروتين معين من دم مرضى الفصام يسمى تاراكسين Taraxein ، وإذا أعطينا هذا البروتين لمتطوعين أسوياء فأنهم يصابون بأعراض فصامية وقتية ، كذلك أدى حقن التاراكسين فى بعض الحيوانات إلى اضطراب واضح فى سلوكهم ؛ مما يجعلنا نستدل على أن لهذا البروتين من الخواص ما يسبب هذه الاضطرابات الخطيرة ، وبالتالى فإنه توجد تغيرات فسيولوجية وكيميائية فى مرضى الفصام (سيجل ١٩٥٩) .

وحديثاً كثرت المناقشة حول ظهور (النقطة القرمزية) فى بول مرضى الفصام؛ فقد لوحظ أنه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى على ورق حساس للضوء - Paper chromatography ، تظهر نقطة قرمزية فى موضع معين من هذا الورق الحساس . وهذا لايحدث مع البول الطبيعى ؛ أى إنه يوجد اضطراب كيميائى وتمثيلى فى جسم مرضى الفصام يؤدى إلى وجود مركبات كيميائية شاذة فى البول .

وقد كثر الجدل حول موضوع النقطة القرمزية ، فالبعض يقول إن سببها هو العقاقير الكيميائية التى تعطى لهؤلاء المرضى ، والبعض الآخر يؤكد أنها تفاعل من

الطعام الذى يتناوله هؤلاء المرضى ، وهذه الظاهرة تقل فى مرضى فصام البارانويا عنها فى الأنواع الأخرى، حيث تصل نسبتها حوالى ١٠ ٪ ، أما فى الفصام البسيط وفصام المراهقة فتظهر فى حوالى ٨٠٪ من الحالات .

وإذا استطعنا تشخيص مرض الفصام بالكشف عن البول ، فسيؤدى ذلك إلى تطور خطير فى العلاج والوقاية من هذا الاضطراب العقلى الخطير ؛ إذ سيكون التشخيص مماثلاً لأى مرض عضوى ، عندما نطلب من المريض عمل بعض الأبحاث فى الدم والبول ، وبالتالى يكون فى الاستطاعة الكشف عن المَرض قبل ظهوره خاصة فى أقرباء الفصاميين ، ومازال البحث جارياً بشأن هذه النقطة القرمزية ، ولكن لم يثبت للآن صدق وجودها ، وقد أشارت بعض الأبحاث الحديثة إلى اكتشاف مادة كيميائية فى عرق مرضى الفصام تساعد فى التشخيص.

كذلك نشأت نظرية تؤيد أن سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم ، وأنه يجرى فى دم الفصاميين أجسام مضادة Antibodies ، تتفاعل مع مولدات مضادة Antigens فى المخ، تسبب اضطراباً فى الجهاز العصبى ، يؤدى إلى أعراض هذا المرض (هيث ١٩٦٧ – فارتيدان ١٩٧٣ – شابلنكس ١٩٩٦) ، وأن من شأن العقاقير المضادة للذهان تخفيض المناعة الذاتية ؛ مما يخفف أعراض المرض .

وحاول البعض أخيراً إيجاد ترابط بين نوع الطعام والفصام ، فقط لاحظ دوهان ١٩٦٦ أن عدد مرضى الفصام فى مستشفيات العقول فى السويد والنرويج وفنلندا انخفض أثناء الحرب العالمية الأخيرة ، بينما زاد بشكل واضح فى كندا والولايات المتحدة ، وبعد الحرب زاد عدد المرضى زيادة حادة فى الدول الإسكندنافية . وبتحليل هذه النتائج ونقص بعض المواد الغذائية أثناء الحرب ، وجد الباحث أن نسبة الفصام تزيد ثلاث مرات فى البلاد ، التى يستعمل فيها القمح كغذاء أساسى عنها فى البلاد التى لا تستعمله .

كذلك وجدت مادة خاصة تفرز مع عرق مرضى الفصام (حامض الهكسونيك) كما سبق ذكرها وأن استجابة مرضى الفصام لمادة الهستامين تحت الجلد محدودة ، وتعود إلى طبيعتها بعد العلاج .

وقد ثبت وجود علاقة مضاعفات الولادة ، والإصابة الفيروسية فى الطفولة، مع خلل فى نماء الجهاز العصبى وظهور مرض الفصام عند النضوج .

وقد استقر الرأى الآن على أن لأعراض الفصام علاقة وثيقة بزيادة نسبة الموصل العصبى الدوباميني ، بل وزيادة عدد المستقبلات الدوبامينية فيما بعد

المشتبكات العصبية ، وكل العقاقير المضادة للفصام تثبط وتسد المستقبلات الدوبامينية في المخ . ويبدو أن ثمة موصلات أخرى تلعب دوراً في نشأة الفصام مثل السيروتونين والأسيتيل كولين والببتايدس، والجلوتاميت ، وأن عدم توازن هذه الموصلات هو الحافز لأعراض الفصام ، وكان ذلك بداية ظهور العقاقير الحديثة ، التي تعمل على عدة موصلات عصبية ، وليس فقط على الدوبامين .

٨- العوامل المساعدة :

أ- عوامل جسمية :

دلت الشواهد الإكلينيكية على أن كثيراً من الأمراض الجسمية تكون أحياناً الزناد ، الذي يفجر مرض الفصام فنلاحظ الفصام بعد الحميات والولادة وبعض أمراض الجهاز العصبي والصرع وأورام المخ ؛ مما يجعل البعض يصنف الفصام إلى نوعين :

(١) الفصام التلقائي ، ويلعب العامل الوراثي هنا دوراً مهماً .

(٢) الفصام العرضي ؛ ويكون أحد أعراض المرض العضوي .

ب- عوامل نفسية :

لانستطيع أن نجزم بأن الإجهاد أو الشدة أو الإرهاق أو الصدمات النفسية والانفعالية أسباب مباشرة لمرض الفصام ، ولكن لاشك أن هذه العوامل تؤثر على الاستعداد الوراثي ، ويظهر المرض في كافة أعراضه عندما تفشل قوى التكيف الطبيعية في الفرد في مقاومة هذه الصدمات ؛ خاصة وأن الإجهاد يزيد من نسبة الأدرينالين والكورتيزون في الجسم ، ونظراً لاضطراب تمثيله في مرضى الفصام ، فيحتمل ظهور المرض ، ولكن توجد علاقة وثيقة بين نكسات مرضى الفصام والتورط الانفعالي في الأسرة من الحماية الزائدة إلي إحساس عدواني لاشعوري إلى التعليقات التي تحمل في طياتها نقداً لاذعاً ، ولكنها لاتلعب الدور القوي في البيئة المصرية مثل الغرب (عكاشة - ولسون ١٩٩٤) .

نستطيع إذاً أن نلخص أسباب الفصام في أن الفرد يولد وعنده الاستعداد الوراثي للمرض أو مضاعفات في الجهاز العصبي عقب الولادة ، وينشأ في بيئة عائلية يعزز فيها هذا الاستعداد ، ثم أنه إما تلقائياً أو تحت تأثير عوامل نفسية ، اجتماعية ، بيئية ، أو كروب ، تحدث الاضطرابات الكيميائية في مستقبلات

موصلات الجهاز العصبى، والتى تسبب أعراض المرض المعروفة وهذه الاضطرابات الكيميائية والإتصالات العصبية هى حاليا مجال البحث الجارى سواء قبل أو أثناء المرض ؛ حتى يمكن الوقاية الأولية .

التفسير النفسي المرضي للفصام

سيكوباثولوجية الفصام

لقد فسرنا سابقاً أسباب المرض، والتى عادة ما تتساوى فى معظم المرضى. ولكن دائماً ما تختلف الأعراض ، على الرغم من أن المرض واحد ، وهذا بعكس الأمراض الجسمية التى تتشابه فيها العلامات والأعراض . ويتضح لنا من ذلك أهمية العوامل الشخصية الذاتية والصراعات النفسية المختلفة ، التى يمر بها المريض قبل ظهور المرض ، فنجد شخصاً يعتقد أن المخابرات تتعقبه ، وآخر يؤمن بأنه المهدى المنتظر ، وثالثاً يؤكد أن زوجته متآمرة عليه لقتله ، ورابعاً يدعى أن أشعة الليزر مسلطة على مخه لوقف تفكيره .. وهكذا. إذاً لابد أن يكون للعامل النفسى والذاتى أثراً قوياً فى مظاهر المرض .

وقد اختلف الباحثون فى تفسير مرض الفصام .

ومن أهم هذه التفسيرات الآتى :

- اعتقد كريبلين أن الفصام ما هو إلا عته وتدهور تام فى الملكات الفكرية والاجتماعية ، ينتهى بتحطيم تام فى الشخصية ، وأن هذا العته يبدأ مبكراً فى سن المراهقة ، ويستمر على الرغم من محاولات العلاج .
- ويؤمن سترانسكى Stransky أن الفصام ما هو إلا عدم توازن أو ترنح واضح فى النفسية الداخلية للفرد بين الانفعال والتفكير وأن كل الأعراض ناتجة عن هذا الخلل .
- أما بلويلر Bleuler فقد فسر الفصام بأنه اضطراب أولى وانقسام فى التفكير. ومن هنا جاء الاسم «الفصام» ، وأن كل أعراض هذا المرض ناشئة عن عدم ترابط الأفكار .

وقد اتخذ يونج Jung موقفاً مختلفاً فى سيكوباثولوجية الفصام واعتبره مشابهاً للأحلام ، والهستيريا والحالات العصابية الأخرى ، وآمن بأنه مرض يتميز بانقسام فى التفكير كما قال بلويلر ، ولكن اختلف معه فى أن هذا الانقسام ثانوى للصراعات اللاشعورية .

وقد اختلف برز Berz مع سابقيه ، وشرح المرض على أنه نقص وعدم كفاية في النشاط النفسي للفرد ، وأن هذا النقص يعتمد على عطب عضوى غير معروف للآن .

وأما فرويد Freud فله آراؤه الخاصة ، والتى تعتمد على نظرية التحليل النفسى؛ فالسبب الرئيسى للمرض فى نظر فرويد هو إحباط الفرد فى المرحلة النرجسية من تكوينه ؛ مما سبب له فشلاً فى التكيف عند النضوج ، ويبدأ الصراع بين الأنا والعالم يتضح بشكل واضح ، تحت أى إجهاد أو شدة تقابل الفرد ، ومن هنا ينشأ الذهان ويسحب المريض كل طاقاته الجنسية من العالم الخارجى إلى الباطن.

ويتمادى فرويد فى تفسير أعراض الفصام على أنها نكوص للأنماط البدائية فى التفكير والسلوك ، والتى تميز الطفولة المبكرة . ويعتقد فرويد أن العامل الأساسى وراء البارانويا أو فصام البارانويا هو الاستجناس المكبوت ؛ فنظراً لأن المريض يحب الجنس نفسه ، وهو غير راض عن هذا الشعور فإنه ينكره تماما فى ذاته ثم يسقطه على الغير ، ومن ثم يبدأ فى الإحساس بأن هذا الغير يكرهه ويضطهده ويحاول إيذاءه، بل ويتتبعه ثم تتكون الضلالات الاضطهادية ، التى هى أساس البارانويا سواء ضلالات الاضطهاد أو الغيرة أو العظمة .

ولايؤمن ماير Meyer بأن الفصام مرض خاص، بل إنه وسيلة الفرد للتكيف البطئ مع الظروف الاجتماعية والبيئية ، التى مرّ بها خلال مراحل نموه المختلفة ، وأنه قد اختار لنفسه هذه الوسيلة فى التفكير والسلوك للتأقلم البيئى ، ويعتبر كل الاضطرابات النفسية استجابات لعوامل بيئية .

وقد سبق تفسير المدرسة المضادة للطب النفسى فى أن الفصام اختيار احتجاجى، وأسلوب مميز فى الحياة (لانج وسار ١٩٧٢) .

أعراض اضطراب الفصام

١ – اضطراب التفكير .

٢ – اضطراب الوجدان .

٣– اضطراب الإرادة .

٤ – الاضطراب المعرفى.

٥– الأعراض الكتاتونية أو التصلبية .

٦- الضلالات .

٧- الهلاوس .

٨- اضطرابات السلوك .

تختلف أعراض الفصام من مريض لآخر حسب شدة ومدة المرض .. فأحياناً ما نجد كل هذه الاضطرابات فى مريض واحد ، وأحياناً تقتصر أعراض المريض على اضطراب واحد ، ويعتقد كثير من الدارسين للطب النفسى أن الضلالات والهلاوس أعراضاً مميزة لمرض الفصام ، وهذا غير صحيح ؛ نظرا لأن هذه الأعراض تظهر فى جميع أنواع الذهان الوظيفى والعضوى ، ومن ثم فإن الأعراض الأولية والمهمة لمرض الفصام هى اضطرابات التفكير والوجدان والإرادة ، والملكات المعرفية وكل ما هو غير ذلك فهو ثانوى .

وقد صنف مرض الفصام إلى عدة أنواع ، تبعاً لنوع الاضطراب الواضح ، كما سيتضح فيما بعد .

١- اضطراب التفكير :

ونستطيع تقسيم هذا الاضطراب إلى :

١- اضطراب التعبير عن التفكير .

ب- اضطراب مجرى التفكير .

جـ- اضطراب التحكم فى التفكير .

د- اضطراب محتوى التفكير .

أ- اضطراب التعبير عن التفكير :

هذا الاضطراب هو من الأعراض المميزة لهذا المرض ؛ حيث يشعر المريض بغموض وصعوبة فى التعبير عن أفكاره ، ويظهر ذلك فى هيئة :

(١) قلة وعدم الترابط بين الأفكار ؛ بحيث لايستطيع المريض الاستمرار فى موضوع واحد لمدة طويلة ، مع تطاير أفكاره وعدم قدرته على الانتهاء مما بدأه ، أو ربط الأفكار بعضها ببعض .

(٢) صعوبة إيجاد المعنى بسهولة ، ولذا فهو يحوم حول المعنى ويزيد فى الكلام ويستعمل الألفاظ الضخمة ، ويدخل فى التفصيلات التافهة ، ولكنه

لايستطيع التركيز على المعنى المطلوب وإظهاره بوضوح ، مع إجابات هامشية تدل على عدم القدرة على التركيز ، وأنه لايستطيع الدخول إلى اللب .

(٣) امتزاج الواقع مع الخيال واختلاط الأحداث اليومية الحقيقية باضطراب تفكيره ؛ مما يجعل شكل تفكيره شبيهاً بما يحدث فى الأحلام ، وتصبح الحقيقة والخيال جزءاً واقعيّاً فى حياته الفكرية .

(٤) عدم قدرة المريض على تحديد ماهية المشكلة، وبالتالى عدم استطاعته التفكير تجريديا، ويكون تفسيره عيانيا فمثلا إذا طلبت من المريض إيجاد معنى لمثل عام مثل «اللى بيته من زجاج ما يحدفش الناس بالطوب»، يفشل بعض المرضى بالفصام فى إيجاد المعنى التجريدى وراء المثل ، ولن يستطيع التعبير على أنه «من يعانى من عيب لايصح له اغتياب الآخرين» وسيفسر المثل بطريقة عيانية أى بالمعنى اللفظى ، ويقول إنه «إذا قذف الناس بالطوب فسينكسر الزجاج»، وأمثلة أخرى « الدم ميبقاش ميه»، «العين ماتعلاش عن الحاجب»، «اللى ييجى فى الريش يبقى بقشيش» ، «القفة اللى بودنين يشيلها اثنين» ... إلخ .

وبالطبع يكون لذلك أثره الواضح على الاستذكار والفشل الدراسى ؛ نظراً لأن عملية التعلم تحتاج لفهم تجريدى لما يقرأه الطالب ، ولهذا نلاحظ رسوب هؤلاء الطلبة. وإذا كان الطالب متقدما دراسيا ، يبدأ فجأة فى الرسوب ، وعندئذ يجب الشك فى احتمال وجود اضطراب فى التفكير .

ونظراً للغموض الواضح فى التفكير، يبدأ المريض فى الاتجاه نحو الدراسات الغيبية، مثل : الفلسفة والدين ، وعلم النفس ، وقد ينتمى للأحزاب السياسية النادرة المتعصبة ، والتى ترضى فيه عدم القدرة على الالتزام بمعنى محدد . وبالطبع لايعى المريض كل الأعراض السابقة ، بل يشكو من صعوبة التركيز وعدم القدرة على فهم الموضوعات ، مع تعلقه بالتفصيلات التافهة ، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات ... وهكذا .

ب- اضطراب مجرى التفكير :

(١) توقف التفكير :

وهو من الأعراض المميزة لمرض الفصام؛ حيث يتوقف المريض عن التفكير

أثناء حديثه ثم يبدأ الكلام مرة أخرى ولكن فى موضوع آخر ، وهذا يختلف عن كف وبطء التفكير الذى يحدث فى مرض الاكتئاب ، والذى يصبح أثناءه التفكير بطيئا ولكن بطريقة مترابطة ومنتظمة. وتشبه فترات التوقف عن التفكير نوبات الصرع الخفيفة ، عندما يغيب الفرد عن وعيه لمدة ثوان ، ثم يعاود نشاطه العادى دون الوقوع على الأرض أو حدوث أى تشنجات عضلية .

(٢) ضغط الأفكار :

هنا يشعر المريض بسباق دائم بين أفكاره ، ويشكو من ازدحام رأسه بأفكار متعددة ، ولكن عندما يسأل عن الإفصاح عنها يعجز عن ذلك ، نظرا لعدم قدرته على التعبير الواضح عن هذه الأفكار ، ويبدأ فى إسقاط ذلك على الغير ، وأنهم لايفهمونه ولايقدرون آلامه وانفعالاته وأفكاره .

ويشكو من أن الطبيب لايعطيه الوقت الكافى ، وقد يمضى المعالج الساعات معه ، ولكنه غير قادر على تكثيف أفكاره .

وهذان العرضان أى : توقف وضغط الأفكار من الأعراض المميزة لمرض الفصام .

جـ اضطراب التحكم فى التفكير :

(١) السحب أو الحرمان من الأفكار :

يشكو المريض من أن محتويات أفكاره تسحب منه بواسطة أجهزة خاصة وذلك لحرمانه منها؛ نظراً لخطورتها ، وأن هؤلاء العملاء يريدون استعمال هذه الأفكار فى إنقاذ أو تحطيم البشرية .. وهكذا ، ويشكو دائماً من الفراغ الفكرى ، حيث إنهم قد سلبوه معظم أفكاره ، ومن ثم لايستطيع التركيز فى العمل أو الاستذكار.

(٢) إدخال الأفكار :

وهو عكس الاضطراب السابق ؛ حيث يعانى المريض من أفكار دخيلة عليه من قوى خارجية ، تريد تسخيره للعمل معها ويشكو المريض من أنه لاحيلة له ، وعلى الرغم من مقاومته لهذه الأفكار .. إلا أنها قد شلت أفكاره السابقة ، وأصبحت هى المسئولة عن كل تصرفاته ، وبالطبع يوعز هذا التدخل للإشعاعات والعقول الإلكترونية ، وإن كان ذا ثقافة متواضعة فلا مانع من تأويلها إلى السحر والشعوذة «العمل» ... إلخ .

(٣) إذاعة وقراءة الأفكار :

ويرتبط هذا الاضطراب بما سبق شرحه ؛ حيث يشكو المريض من سرقة أفكاره وإذاعتها فى الراديو ونقلها للتليفزيون ونشرها فى الجرائد ، بل وأحياناً يعانى من أن الناس يستطيعون قراءة أفكاره ومايجول بخاطره ، ولاشك أن هذا الاعتقاد الخاطئ يجعله فى حالة من الخوف والذعر الدائم ، نظراً لما تنطوى عليه أفكار أى فرد من خير وشر ووساوس شريرة وحميدة؛ مما يجعله يشعر بانكشاف أمره أمام الجميع ، بل أحيانا ما يسبب هذا العرض فى حد ذاته محاولة الانتحار .

د- اضطراب محتوى التفكير :

هنا يصبح المريض أسيراً لاعتقاداته الخاطئة ووساوسه وأفكاره المرضية وتوهمه العلل البدنية ، ويؤول جميع أنواع السلوك التى تحيط به ، تبعاً للضلالات التى تحتل كل محتوى تفكيره ، والتى تختلف من فرد لآخر ، وسنشرح ذلك مع الهذاءات.

٢- اضطرابات الوجدان :

أ- قوة الانفعال :

يمر مريض الفصام بعدة أنواع من الانفعالات المميزة ، فيظهر الاضطراب فى بدء الأمر فى هيئة تأخر الاستجابة الانفعالية ، ثم تبلد فى الانفعال Flattening . وهنا تقل قدرة المريض على الاستجابات الانفعالية، مع نقص شعوره بالألفة والعطف والحنان على أفراد عائلته وأصدقائه بعكس طبيعته الأصلية.

وعند تقدم المرض يزيد هذا التبلد ويصاب المريض بما يسمى التجمد الانفعالى Blunting ، وهنا يفقد القدرة على الاستجابات الانفعالية ، وينعدم تجاوبه بالعطف والحنان مع اقربائه ، وآخر هذه المراحل هو اختفاء القدرة الانفعالية تماماً مع الجمود العاطفى ، ويظهر هنا عدم التناسب الانفعالى Incongruity حيث يستجيب الفصامى للأخبار السارة بالبكاء والصراخ ، وكذلك بالضحك للآخبار المؤلمة ، ولامانع من الابتسام والضحك والبكاء دون وجود أى منبه ، بل وأحياناً وهو جالس منفرداً ، وذلك أكثر اضطرابات شدة الانفعال تقدماً ، وتدل على شدة وطول المرض .

ب- شكل الانفعال :

يتعرض مريض الفصام لذبذبات انفعالية مستمرة أو متكررة ، فهو عرضة لحالات وقتية من النشوة والطرب والخوف والرعب والقلق والاكتئاب والتوتر ، وتظهر

هذه الانفعالات فجأة وتلقائياً دون سبب أو تفسير ، على الرغم من وجود التجمد الانفعالى السابق ذكره . وتسبب هذه الذبذبات الانفعالية اندفاعات وسلوكاً غير اجتماعى ، وبعض الجرائم العنيفة وأحياناً ما تكون هذه الانفعالات الغريبة الفجائية التلقائية من بوادر بدء المرض، قبل ظهور الأعراض والعلامات الأخرى.

جـ- عدم التجاوب الانفعالى :

لاشك أن التعبير عن الانفعالات أحد مظاهر التجاوب بين الأفراد ، وحيث إن الفصاميين يعانون من التبلد والتجمد الانفعالى ؛ لذا يصعب عليهم إيجاد نوع من الألفة مع الآخرين ؛ مما يؤدى إلى عزلتهم وعدم رغبة الآخرين فى مخالطتهم ، وتحدث عدم الألفة أحياناً بين المريض والمعالج حيث يحس الطبيب بابتعاد المريض عاطفيا عنه ، وعدم قدرته على الاتصال الانفعالى ، والذى هو عماد العلاج النفسى ؛ مما يجعل العلاج النفسى صعباً جداً فى مثل هذه الحالات.

٣- اضطراب الإرادة :

أهم ما يميز هذا الاضطراب هو فقدان قوة الإرادة ، وعدم مقدرة المريض على اتخاذ أى قرارات ، والسلبية المطلقة فى التصرفات ، ويعطى المريض حينئذ اعتذارات واهية غامضة ، مبرراً هذه السلبية ، فإذا سألناه لماذا ينام طوال النهار فى السرير ، ولايذهب لكليته أو مدرسته؟ يفسر ذلك بأنه يعانى من الصداع أو أن الجو بارد أو نفسيته مضطربة .. وهكذا .

وأحياناً يبرر سلوكه وسلبيته بأنها من تأثير قوى خارجية، وأنه تحت التنويم المستمر من جراء الإشعاعات أو تخاطر الأفكار أو السحر، أو أنه فريسة عملاء ومؤامرات مختلفة ، وتتخلل هذه السلبية نوبات من العناد والصلابة والتحكم فى الرأى، ولكنه سرعان ما يعود لتردده ؛ فنجد الطالب يلح على والده لتغيير المدرسة ، ثم عند بدئه فى المدرسة الجديدة يطالب بالعودة ثانية إلى المدرسة القديمة ، ثم سرعان ما يطالب والده بأن يبحث له عن عمل ؛ لأنه لاينوى تكملة الدراسة ثم يعود للدراسة ثانيا .. وهكذا ويتضح هذا أيضا فى بعض الطلبة الذين يحولون من كلية إلى أخرى ، دون الوصول إلى هدف ، ويؤول ذلك بالطبع إلى ضعف الإرادة وعدم القدرة على اتخاذ قرار أو الاستمرار والثبات عليه لمدة طويلة ، كذلك ترفض الآنسة الزواج ثم تقبله ثم تفسخ الخطوبة ثم توافق عليها ثانيا ... وهكذا .

٤- الإضطرابات المعرفية

تعتبر هذه الإضطرابات أهم أسباب عدم جودة الحياة فى مرض الفصام، و السبب الأساسى فى الفشل الدراسى و فى العمل و فى التفكير المنطقى ، و تشمل صعوبة التركيز ، و إضطرابات فى الذاكرة العملية و التنفيذية ، و خلل فى الإدراك الزمنى ، و البصرى و فى تقدير المسافات ، و تبدأ هذه الإضطرابات قبل وجود الأعراض السلبية أو الإيجابية في مرض الفصام ، و لذا كان من الأهمية تشخيصها مبكرا قبل استفحال المرض، و للأسف أنه يصعب إكتشافها مبكرا بالفحص الإكلينيكى أو حتى بالإختبارات المعرفية النفسية ، و فى عام ٢٠٠٨ صممت بطارية من الإختبارات النفسية تشمل حوالى أثنى عشر إختبارا ، وتأتى بنتائج إيجابية لها دلالات إحصائية و يستغرق إجراء هذه الإختبارات مالا يقل عن ساعتين و تسمى ماتركس (Matrix)وهذه أحد الأسباب فى عدم إدراج الإضطرابات المعرفية فى محكات تشخيص الفصام حيث يمثل ذلك عدم تشخيص المرض فى المقابلات الإكلينيكية العادية ولكن توجد فى المحكات التشخيصية فى مجال بحوث الفصام، و لذا يعتبر البعض أن الفصام مرض معرفى أولى مما يجعل البعض كما سبق ذكره محاولة تسميته بالرنح المعرفى إى عدم التوازن المعرفى **Cognitive ataxia**

وإذا أهمل المريض لمدة طويلة ، يفقد إردانه ، بل ويفقد الإحساس بذاته ، ويعتقد فى انتمائه إلى عالم النبات أو الحيوان أو الجماد من سحب إلى قوة مغناطيسية ... إلخ ، وقد أشرفت على علاج أحد مرضى الفصام المزمنين ، وكان يؤمن بأنه ينتمى إلى عالم الأسماك ، وكان يمضى النهار سائراً كأنه يعوم فى الماء بعيدا عن شخصيته الحقيقية ، وقد فقد قدرته تماماً على معرفة ماهية ذاته ، وآخر ينتمى إلى النبات أو حتى إلى جزء من الأشعة الشمسية .

٥- الأعراض الكتاتونية (التخشبية أو التصلبية أو الجامودية)

Catatonic Symptoms

نعنى بذلك الأعراض النابعة من اضطراب فى القدرة الحركية للفرد ، وأحياناً ما ترمز هذه الأعراض لصراعات لاشعورية فى حياة المريض ، وعادة ما تعبر عن اضطراب شديد فى إرادة الفرد . وتختلف الأعراض الكتاتونية من فرد لآخر ، ولكن يجب ألا يغيب عنا أن الأعراض الكتاتونية تظهر فى عدة أمراض عضوية ، فأحياناً ما نواجه هذه الأعراض مع أورام الفص الجبهى فى المخ ، وبعد الحمى المخية ...

إلخ ، كذلك فهى أكثر انتشاراً فى اضطراب الاكتئاب أو الهوس الشديد ، والاضطرابات الانشقاقية ومن تأثير عقاقير مختلفة ، ولذا فالاضطراب الكتاتونى ليس مرادفاً للفصام.

وأهم هذه الأعراض الآتى :

أ- السبات والذهول والغيبوبة الكتاتونية : Catatonic Stupor and Coma

وتتراوح من توقف بعض الحركات إلى غيبوبة تامة لايتحرك أثناءها المريض ويستمر فى السبات ولايرد على الأسئلة ويرفض الطعام والشراب . وبالطبع يجب أن نفرق بين هذه الغيبوبة والأسباب الأخرى العضوية ، مثل : غيبوبة السكر وهبوط الكبد أو الكلية أو التسمم .. إلخ ، أو أمراض عضوية فى المخ، وذلك عن طريق الفحص الدقيق وبعض الأبحاث اللازمة . وفى هذه الحالة يجب العلاج الفورى ويفضل أن يكون بالمستشفى، وكذلك تظهر الأعراض الكتاتونية فى أمراض المزاج والاضطرابات الانشقاقية .

وعندما يشفى المريض يتذكر هذا الذهول ، بل ويصف كل ما كان يحدث أمامه ، ويفسر ذهوله بأنه كان تحت تأثير أصوات تلعنه وتسبه ، وأن تفكيره كان متوقفاً .. إلخ .

ب- الهياج الكتاتونى :

تنتاب المريض فترات من الهياج الشديد ، يحطم أثناءها الأثاث ، ويعتدى على الغير ، ويصرخ ويهاجم كل من يقاومه . وتعترى المريض فى هذه النوبات قوة خارقة ، غير متناسبة مع تكوينه الجسمانى وأحياناً ما يتخلل الذهول أو السبات الكتاتونى هذه النوبات من الهياج ، ثم يعود لحالة الذهول الأولى .

جـ- السلبية المطلقة أو النقيضية Negativism :

هنا يرفض المريض الطعام والشراب ، بل والإجابة عن أية أسئلة بل وأحياناً يقوم بعكس ما يؤمر به ، فإذا سأله الطبيب أن يغلق عينيه بادر بفتحها ، وإذا أمره بإخراج لسانه أغلق فمه بشدة ... وهكذا .

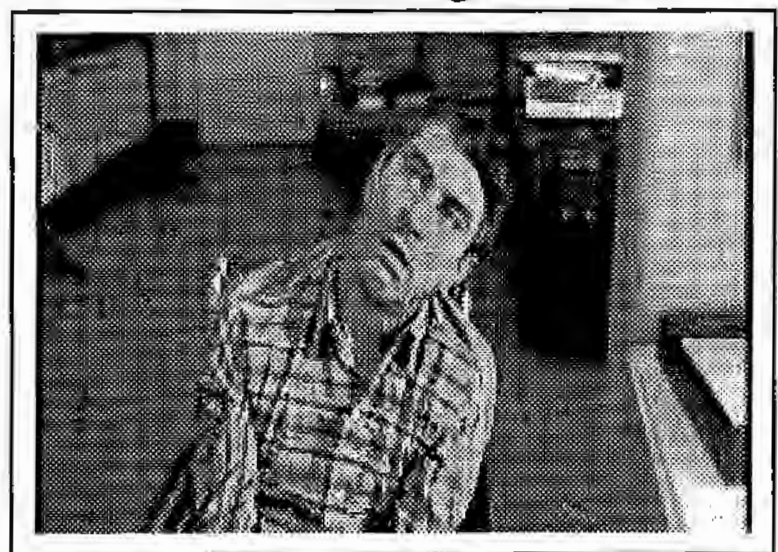
د- الوضعة أو المداومة على حركة أو وضع معين Posturing :

يتخذ المريض وضعاً خاصاً لايغيره لمدة ساعات ، بل وأحيانا تمتد إلى أيام فيأخذ مثلا وضع الجنين فى بطن أمه ، أو وضع الصليب أو يرفع رجله اليمنى أو يضع يديه خلف ظهره أو يمد ذراعه للسلام ، أو يقف فى حجرة لمدة ساعات دون ملل أو حركة .

وإذا رفع الطبيب ذراع المريض، يستمر فى هذا الوضع دون محاولة خفضها ،

حتى وإن أصبح المريض في وضع غير مريح ، وكأنه آلة تتحرك حسب الأوامر . وإذا حركنا الوسادة من تحت رأسه ، فلامانع من بقائه مرفوع الرأس ، وكأن الوسادة مازالت تحت رأسه لمدة ساعات ، بل وطول الليل، وكأنه يفترش وسادة نفسية .

وقد تشكو الأم أنها تترك ابنها واقفاً فى المطبخ ، وتذهب إلى السوق ، وتعود بعد عدة ساعات ، وتجده في المكان نفسه وفى الوضع نفسه وبالطبع تزجره على تصرفاته دون علمها بمرضه الكتاتونى .



Catatonic

التصلب أو التخشب



Catatonic

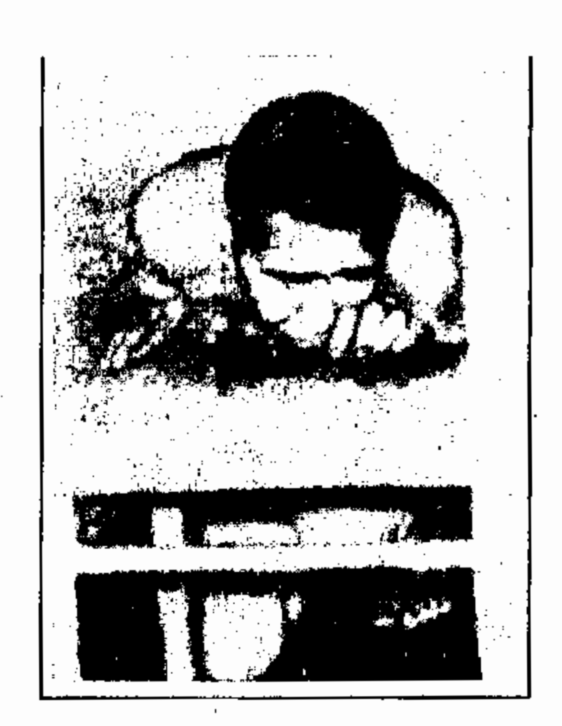
التصلب أو التخشب



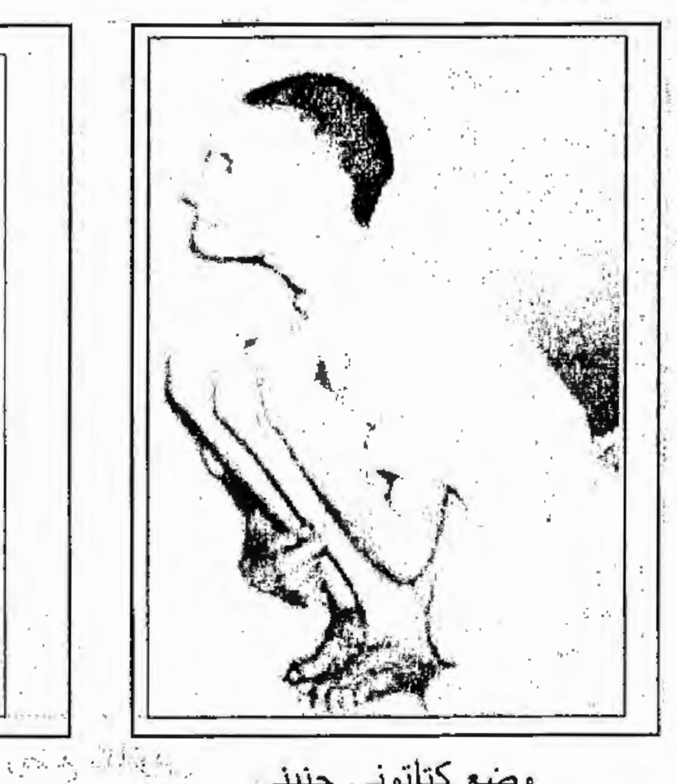
وضع كتاتونى



الوسادة النفسية (وضع كتاتونى)



وضع كتاتونى



وضع كتاتونى جنينى



وضع كتاتونى جنينى

هـ- الطاعة العمياء أو الاوتوماتيكية Automatic Obedience :

يقوم المريض بتقليد كل كلمة أو حركة أو إشارة أمامه ، دون سؤاله، فإذا تكلم الطبيب أعاد المريض الكلام نفسه ، وإذا سار نجد المريض يسير بجواره، بل وأحياناً يستطيع الطبيب أن يحرك عضلات المريض فى أوضاع غريبة ، وكأنها قطعة من الشمع الذائب ، وتسمى هذه الظاهرة بالمرونة أو الانثناء الشمعى Waxy Flexibility .

و- المداومة على الحركات المشابهة Stereotype :

ينتاب المريض حركات متكررة فى الرأس أو الحواجب ، أو الفم ، أو الأيدى والرجلين والكتف أو الاهتزاز المستمر فى أحد الأطراف ، ولايتوقف المريض إطلاقاً عن هذه الحركات مما يزعج المقربين إليه .

وتشبه المداومة الكتاتونية أحد الأعراض الجانبية للعقاقير المضادة للذهان، وتسمى «عسر الحركة الآجل» Tardive dyskinesiaوهى حركات لاإرادية فى الفم، اللسان، البلعوم... إلخ .

ز- اضطراب الكلام :

يعانى المريض بالفصام الكتاتونى من عدة اضطرابات فى كلامه :

(١) فقدان الكلام تماماً وكأنه قد أصيب بالبكم ، وإن تكلم فبالإشارة أو الكتابة ، وهو عكس ما يحدث فى الحالات العضوية حيث لايستطيع المريض الكلام أو الكتابة .

(٢) اختلاط الكلام حيث يتكرر دون ارتباط، ويتعدد بطريقة غير مفهومة، وهنا لايكف المريض عن الكلام "Verbegeration" .

(٣) تكرار الكلام أو بعض الجمل بالمعنى واللهجة والنغمة نفسها .

(٤) نيولوجزم «الكلمات المستجدة Neologism، وهى أتخاذ لغة خاصة سرية يتكلم بها ولايفهمها أحد، وبالطبع لايفهمها مرضى الفصام الآخرون .

ح- اضطرابات جسمية :

حيث يلاحظ تغير جسمي واضح مع الأعراض الكتاتونية فى هيئة اصفرار الوجه ودهونة الجلد والوجه وزيادة اللعاب والعرق ، ويعتقد البعض أن للمريض رائحة مميزة فى الكتاتونيا مع زرقة الأطراف وانخفاض ضغط الدم وقلة سرعة نبضات القلب ، وبطء التنفس ، بل وأحياناً نواجه بعض الارتفاع البسيط فى درجة الحرارة ؛ مما يجعل الطبيب فى حيرة بين احتمال الذهان العضوى أو مرض جسمى .

٦- الضلالات Delusions :

الضلال هو اعتقاد خاطئ مرتب ومنسق ، يؤمن به المريض إيماناً راسخاً لايحيد عنه ، مع استحالة اقناعه منطقيا بعدم صحته، ويجب حينئذ أخذ ثقافة وتعليم المريض فى الاعتبار عند تشخيص الضلال أو الهذاء ؛ لأنه كثيرا ما يخطئ الطبيب بتشخيص الهذاء ويكون ذلك جزءاً من التقاليد البيئية للمريض ، ومثال ذلك إذا جاءت سيدة من الريف تشكو من العقم ، وأن سببه عمل قامت به زوجة أخرى غيور ، فإذا حاولنا إقناعها باستحالة ذلك علميا .. أصرت على رأيها ، فهنا يحتمل اعتبار ذلك اعتقاداً خاطئاً ، ولكن إذا أخذنا نشأة هذه السيدة الريفية فى الاعتبار، لوضح لنا أن إيمانها بالعمل يرجع للطفولة ، وبالتالى لانستطيع اعتبار ذلك هذاء ، ولكن إذا جاءت طبيبة تشكو من العقم من أثر «عمل» ، هنا يبدأ الشك حقا فى احتمال وجود الهذاء .

يجب أن نفرق بين الضلالات الأولية والثانوية ؛ فالضلال الأولى ينشأ فجأة

دون مسببات ، أما الضلال الثانوى فهو تفسير وتحليل لاضطرابات التفكير والوجدان والشعور بالسلبية ؛ مما يدل على استبصار المريض بعض الشيء بمرضه. والهذاء ليس اضطرابا فى الادراك الخارجي أو الباطنى ، ولايعنى أى تدهور فى الذكاء ، بل هو اضطراب فى المعنى الرمزى للأشياء ، وتوجد عدة أنواع من الضلالات :

أ- ضلالات الاضطهاد Persecutary :

أحياناً ما تكون هذه الضلالات أولية أو ثانوية ، وعادة ما يبدأ المريض فى الشكوى من أن الناس تتعقبه وتعامله معاملة سيئة ، وأن أجهزة الأمن تتبع كل خطواته ، وأنه فريسة لمؤامرة كبيرة لإدخاله السجن ، ويبدأ فى إرسال الشكاوى لمكاتب المباحث والمخابرات لحمايته من العملاء الأجانب ، بل وكثيرا ما يتجه الهذاء نحو أجهزة الأمن الداخلية ، التى تريد السيطرة عليه أو إرغامه على العمل معها ، وأن ذلك يتم عن طريق إشعاعات خاصة أو عقول إلكترونية ، وأحيانا ما يصبح المريض فى رعب شديد من المؤامرة التى تدبرها له زوجته أو أقرباؤه ؛ للخلاص منه بوضع السم فى الطعام ، ويصبح فى شك فى كل من حوله .

وهذا الاضطهاد من أكثر الضلالات شيوعاً ، ويظهر فى الأمراض الذهانية المزمنة بغض النظر عن نوعها ، وعادة ما يلعب الإسقاط دوراً قوياً فى نشأة هذا الهذاء .

وتبدأ العملية بشخص طموح ، دون وجود قدرات مناسبة للوصول إلى تطلعاته وآماله ، وكذلك عدم قدرته على الاستسلام للأمر الواقع . ويؤدى هذا التناقض إلى الشك ، وعدم الثِقةِ ، وسوء تأويل الظواهر التى أمامه ، والنفور ، ثم الاعتقاد بأنه مضطهد ، ولم يعْط الفرصة الكافية لإظهار مواهبه ، وأنهم يخشون تفوقه ؛ ولذا فهم يكبتون كل تطلعاته ، وهنا تبدأ هذاءات الاضطهاد فى الظهور . وكخطوة أخرى لتقليل شعوره بفقدان الثقة وإهانة الذات ، يبدأ فى عمليات لاشعورية تعويضية ، تظهر فى هيئة مبالغة فى الثقة بالنفس .

ب- ضلالات العظمة Grandiose :

وهنا يؤمن المريض إيماناً راسخاً بأنه أذكى أو أقوى البشر جميعا ، أو أنه أوتى قوة خارقة للشفافية وللكشف عن الظواهر الغيبية ، وأنه مرسل بدين جديد لهداية الناس ، أو أنه الرب ذاته ، أو أنه مخترع جبار أو المهدى المنتظر ، وأن الناس لاتستطيع اختراق ذكائه ، أو أنه يمتلك القدرة على قراءة أفكار الناس وفهم مايدور بخلدهم دون الحاجة إلى الكلام ، وهكذا .

وعادة ما تتبع هذاءات العظمة إحساساً بالنقص ، وعدم الاستقرار والأمن ، ومن ثم ترضى هذه الهذاءات هذا الشعور بالنقص ، وتجعل المريض يهرب من المشاكل اليومية ، وحقيقة أمره .

جـ- ضلالات توهم العلل البدنية (التوهم المرضى) Hypochondriasis :

تختلف درجة التوهم المرضى من توهم بسيط ، حيث ينتبه المريض انتباهاً مركزاً على وظائف أعضاء جسمه ، ثم يتدرج هذا التوهم ليصبح محوراً لتفكير المريض ، واقتناعه بأنه يعانى من مرض خبيث، لايرجى منه شفاء، على الرغم من تأكيد الأطباء بسلامة أعضائه .

وعادة مايصاحب هذا النوع من التوهم المرضى مزاجاً سوداوياً ، وأخيرا يصبح هذا التوهم هذاءً ، عندما يؤمن المريض إيماناً راسخاً بوجود مرض ، أو تورم ، أو آلام ولايمكن إقناعه بعكسها .

وأذكر شابة بدأت تعانى من هذاء توهم العلل البدنية ، حيث اعتقدت أنها تعانى من سرطان الدم، وعبثا يحاول أهلها والأطباء إقناعها بعكس ذلك ، دون جدوى، فإذا أخبرها الطبيب أنها لاتعانى من أى مرض ، ولن يكتب أى علاج ، آمنت حينئذ أن مرضها غير قابل للشفاء ، وأنه لا أمل يرجى لها ، وأنه لهذا السبب رفض الطبيب وصف أى علاج ، أما إذا نصحها بتناول بعض المقويات والمهدئات فتؤول ذلك إلى أنهم يحاولون تهدئة آلامها ؛ حتى تودع الحياة ، ولايمكن إقناعها أن سرطان الدم له علامات خاصة ، وأنها لا تعانى من هذه الأعراض ، ولاتوجد أية علامات لظهور هذا المرض .

وأذكر مريضاً شاباً اقتنع بعد عملية استئصال اللوزتين أن الجراح أزال الخصيتين لنقلهما إليه أثناء التخدير ، ووضع خصيتين ضامرتين ، بدلاً منهما ، وأنه لهذا السبب يعانى من ضعف عام وفتور شديد وفقدان لقواه الجنسية ، وبالطبع حاول التهجم والاعتداء على الجراح ، وعبثا نحاول إقناعه أنها عملية مستحيلة ، وأنه لايوجد أى أثر لجراحة فى الخصيتين ، وهنا نجد الهذاء موجهاً لاختفاء أحد أعضاء الجسم، على الرغم من وجودها ، وبالطبع اعتذر هذا المريض للجراح بعد شفائه وتعجب كيف صدر منه ذلك .

د- ضلالات التأويل أو التلميح أو الإشارة Delusions of Reference :

هنا يقتنع المريض أن كل حركة تصدر ممن حوله وبعض الجمل المعينة ، أو

حتى النشرات الاخبارية والإعلانات السينمائية والإذاعات الموجهة إنما تصدر للإشارة والتلميح على تصرفاته ؛ مما يجعله إما فى حالة احتكاك مستمر مع المجتمع أو انطواء وانعزال عن الناس . ويصل هذا الهذاء أحياناً لدرجة بشعة من الشك .

وأذكر المريض الذى كان يعتقد أنه إذا دخن أحد سيجارة أمامه ، فذلك لإعطاء إشارة لفرق الأمن لبدء عملية الرقابة والمتابعة ، وإذا أخرج أحد منديلاً من جيبه ، فذلك يعنى محاولة البدء فى مؤامرة قتله، وإذا صافح أحد فرداً آخر أمامه فهذه إهانة شديدة ، يقصد بها اتهامه بالجنسية المثلية ، وإذا قرأ خبراً عن إحدى الممثلات فيقصد بذلك دفعها لإغرائه ، وإيقاعه فى حبائلها حتى يمكن التخلص منه .. وهكذا .

هـ- ضلالات الأهمية أو المعرفة Delusions of Significance :

وهى تشبه إلى حد ما هذاءات العظمة ؛ حيث يعترى المريض اقتناع كامل بأنه على معرفة واتصال بأهل المريخ أو القمر ، أو أنه على علم تام بكل ما يحدث فى أعماق النفس البشرية ، دون دراسة أو دراية بأى علوم، أو أنه يمتلك شفافية خاصة للكشف عن الغيب أو قدرته لنقل الأفكار وفهمها عن بعد وهكذا .

و- ضلالات التأثير Delusions of Influence :

هنا يشعر المريض أنه تحت تأثير قوى داخلية أو خارجية ، ويصبح أسير هذه الأفكار ، والتى تختلف تبعاً لثقافته من أشعة ليزر إلى ذبذبات صوتية إلى أعمال وسحر ... إلخ .

ز- ضلالات الغيرة والخيانة الزوجية Delusions of jelousy and Infidelity :

وينتاب المريض أو المريضة اعتقاداً راسخاً بخيانة زوجته أو أحد أقربائه له مع غياب أى منطق فى تفسيره .

٧- الهلاوس Hallucinations :

نعنى بالهلاوس استجابات حسية واضحة دون وجود منبه ، وتسمى الهلاوس حسب نوع الاستجابة ، فإذا سمع المريض أصواتاً تناديه أو تلعنه دون وجود أحد ، فهذه هلاوس سمعية ، وإذا أبصر أشياءاً أمامه فى حالة غيابها تسمى بالهلاوس البصرية ، وكذلك توجد الهلاوس الشمية والحسية والتذوقية .

ويجب أن نفرق بين الهلاوس والخداع أو التوهم Illusion ، فالخداع هو سوء تفسير المريض للمنبه ؛ أى إنه يوجد منبه ولكن المريض يستجيب له بطريقة

مرضية، فإذا رن جرس التليفون يسمعه كطرق الباب أو صوت إنسان ، أما في الهلاوس ، فهو يسمع هذه الأشياء دون وجود منبه .

وترمز الهلاوس عادة إلى إسقاط خارجي عما يعتري المريض من صراعات داخلية ، وإحباطاً في حياته الاجتماعية والشعور بالنقص ، والنقد الذاتي.

وأهم أنواع الهلاوس ما يلي :

أ- الهلاوس السمعية :

وهي أكثرها انتشاراً في مرضى الفصام ، وتأخذ طابعاً خاصاً بالتعليق على حركات المريض، أو تكرار ما يقرأه وأحيانا ما تكلمه أصواتا في هيئة شخص ثالث أو مباشرة وتعطيه أوامر ليقوم بتنفيذها ، وكثيراً ما تلعنه أو تسبه أو تهاجمه أو تتهمه اتهامات شاذة ، ونادراً ما تمدحه وتشجعه .

وعادة ما يؤول المريض هذه الأصوات على أنها صادرة من الناس في الشارع أو الجيران ، أو ممن حوله ، أو أنها من الراديو أو التليفزيون . وكثيراً ما يتشاجر المريض مع هذه الأصوات بصوت عالٍ ، فتجده فجأة يقول : «اسكت بقى بلاش الكلام ده» «والله مانا عامل كده» أو يصرخ «أبعد عني» «حرام عليكم أنا مش كده» «أهو أنت» ، دون أن يكلمه أحد ، ولا يصح اعتبار المريض متوهماً في هذه الأصوات، فهو حقا يسمعها ولايستطيع أحد غيره سماعها ، فيجب تصديقه عندما يشكو من هذه الأصوات ، ولكن بالطبع لايجب تصديق تأويله أنها من الجيران أو الأصدقاء أو الراديو ، بل يجب محاولة إقناعه بأن ذلك عرضاً مرضيًا يجب علاجه .

وعادة ما تأخذ هذه الأصوات طابعاً جنسيًا فتارة تتهمه بالفجور والشذوذ ، وتارة أخرى تتهمها بالدعارة وأنها فقدت عذريتها ، أو في هيئة دينية وكأنه يسمع الملائكة أو الجن ، أو أنه مرسل لهداية الناس أو اعتقاده بالنبوة ، وأحياناً أوامر بالقتل أو الانتحار .

ب- الهلاوس البصرية :

وهي أكثر انتشاراً في حالات الذهان العضوي ، ونادراً ما نصادفها في مرضى الفصام إلا في الحالات الحادة ، عندما يكون التفكير مشوشاً ، ودرجة الوعي مختلطة . وهنا يرى المريض أضواءً باهرة ووجوهاً مخيفة وحيوانات تزحف نحوه ، وتثير الهلاوس البصرية الذعر والخوف في المريض أكثر من السمعية .



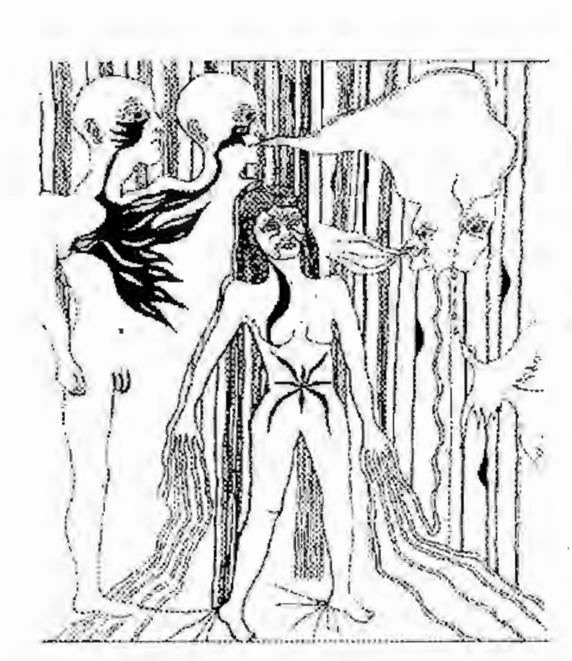
هلاوس شمية



Auditory Hallucinations
هلاوس سمعية



Auditory Hallucinations
هلاوس سمعية



Auditory Hallucinations
هلاوس سمعية



Visual Hallucinations
هلاوس بصرية



Visual Hallucinations
هلاوس بصرية

جـ- الهلاوس الشمية :

وهى غير نادرة مـع مرض الفصام ، ولو أنها تظهر بكثرة فى أمراض الفص الصدغى فى المخ ، وعادة مـايشم المريض روائح كريهة تنبعث من حوله أو من نفسه ، وقد كان أحد مرضاى يعانى من هذه الهلاوس الشمية بأنه ينبعث منه رائحة كريهة ، تنفر الناس منه لدرجـة أن الناس تـخطو من رصيفـ إلى آخر عند مروره ، وبالطبع يصادفـ عبور المارة ويؤولها هو لهذا السبب ، وإن دخن أحد أمامه فذلك للتخلص من رائحـته ، وإذا أخرج أحد المنديل لتنظيف أنفه ، فذلك لسد فتـحات الأنفـ حتـى لايشم رائحـته ، وانعزل هذا المريض عن المجتمع ، وجلس فى حجـرته وحيداً حتـى لايشمه أحد ضحية لهذه الهلاوس الشمية .

د- الهلاوس اللمسية Tactile :

عـادة مـا تظهر هذه الهـلاوس مع الذهان العضـوى وإدمـان الكوكـايين ، ولكن أحيـاناً مـا نصـادفـهـا مع مـرضـى الفصـام ، وتأخـذ شكلا جنسياً ، وأذكـر المريضـة التى كانت توقظ زوجـهـا وتؤنبـه على سكوته عـمـا يحـدث لها أثناء الليل مع الرجـال ، ومـا تحسه من ملاطفتهم ، والآخر يعتقد أن المارة يلمسونه فى أعضـاء حساسـة ، والبعض يعتقد أن ضلالات العلل البدنيـة مـا هى إلا هلاوس حسيـة فى أعضـاء معينـة فى الجسم تجعل المـريض يشعـر بوجـود مـرض مـعين فى هذا العضـو ، وستكون الطامـة عندمـا تعانى سيدة من الهـلاوس اللمسية وعادة فى الأعضاء الجنسية ، وتصرخ فى الشارع ، وهنا سينهال المارة ضربا فيمن يكون بجانبها !.

وتوجـد كذلك هلاوس التذوق بالإحساس بطـعوم مـختلفة فى الفم ، وعـادة مـا تصاحب الهـلاوس الشميـة ثم هناك الهلاوس الحـركية ، ونعنى الإحساس بوجـود عـضو غير مـوجود فى الجسم أو تغير فـى حجم وشكل بعض الأعضاء التناسليـة ، وتنتشر هذه الهلاوس بعد بتر الساق أو الذراع ، ومداومة المريض للإحـساس بوجود العضو المبتور، بل ويشكو من آلام شديدة فى هذا العضو المفقود .

٨- اضـطـرابـات الـسـلـوك :

تنعكس الاضطرابات السابقة على سلوك الفرد ، وتجـعله فى حـالة مميـزة من الانعـزال والانسـحـاب من المجـتـمع ، فـالمريض بهـذاءات الاضطهـاد أو الهـلاوس أو اضطرابات الإرادة ينتهى به الأمر إن لم يعالج إلى عزلة تامـة فى حجرته وانفصال تام عن العـائلة ، والبـعد عن الواقع والحـياة فى الخـيال المسـتـمر ، ويتـضح اضطراب

السلوك فى النواحى الاجتماعية المختلفة ، وقد يكون هذا الانعزال بداية للمرض قبل ظهور الهلاوس والضلالات .

أ- الحياة العائلية :

يفقد المريض اهتمامه بذاته ويهمل فى نظافته ، ويطلق لحيته ولايمشط شعره أو يحاول الاستحمام ، ولايهتم بالأحداث اليومية فى عائلته من أمراض أو أحزان أو أفراح ، ويكون عرضة لسلوك غريب عن طبيعته ونوبات من الهياج والعدوان والنشوة دون أسباب واضحة .

وأحياناً ما يبدأ مرض الفصام باضطرابات فى السلوك من هذا النوع، واندفاعات لايمكن تفسيرها منطقيا كتلك الفتاة التى بدأت فجأة تعاكس الرجال ، وتمتدح أجسامهم أمام والدها المحافظ اجتماعيا ودينيا ، أو تلك المريضة التى تسرق الدجاج من الثلاجة الكهربائية ليلاً ، على الرغم من عدم ممانعة العائلة لتأكل ما تشاء، أو ذلك الشاب الذى أطلق لحيته وامتنع عن الدراسة ، وبدأ فى التصوف وزيارة المساجد ليلا ونهارا ، أو تلك الفتاة التى حرقت ملابسها فجأة ، وبدأت تلبس الثياب السوداء من أعلى إلى أسفل تبعاً للتعاليم الدينية .

ب- الحياة الاجتماعية :

يبدأ المريض فى الانعزال والتوقف عن الذهاب إلى النوادى والمقاهى ودور العرض والمسارح ، ثم يرفض الذهاب للمسجد أو الكنيسة ويفقد اهتمامه بأصدقائه ويحاول الابتعاد عنهم ، ويأنف من مشاركتهم كسابق عهده ، ثم يبدأ فى اعتناق مذاهب فلسفية أو دينية أو سياسية غامضة شاذة .

جـ- العمل :

يتضح إهماله فى دراسته أو عمله وتقل قدراته ، ويعانى من صعوبة فى التركيز وتتدهور ملكاته السابقة .

د- الحياة الجنسية :

يظهر على المريض سلوك جنسى مخالف لطبيعته من إدمان للعادة السرية، ولامانع من القيام بها أمام أفراد العائلة أو الكلام عنها بإفصاح ، أو استعراض أعضائه التناسلية أو اغتصاب جنسى إلى تصرفات جنسية مخلة ، تصل أحيانا إلى حد الانحراف الجنسى أو العهر ، ثم محاولة الاعتداء على المحرمات ؛ مما يجعله عرضة

للعقوبة وللسجن أحياناً لعدم استبصار الناس بمرضه .

ويجب ألا ننسى أن مريض الفصام لايعانى من اضطرابات الذاكرة أو التعرف، وعادة ما تكون درجة الوعى سليمة وواضحة إلا فى الحالات الحادة الكتاتونية ، كما أن درجة ذكائه تبقى فى حدودها دون تدهور ، وذلك له أهميته لتفرقة الفصام عن الذهان العضوى والأمراض الأخرى .

خلاصة

تتميز الاضطرابات الفصامية بشكل عام باضطراب أساسى فى الشخصية وتشوهات مميزة فى التفكير والإدراك والوجدان ؛ حيث يكون الأخير غير مناسب أو متبلد ، وعادة مايبقى الوعى والقدرة العقلية فى حالة سوية ، وقد تظهر بعض الاضطرابات المعرفية مع مرور الوقت .

وقد يصاب المريض باضطرابات فى سمات الشخصية ؛ خاصة فى تلك الوظائف الأساسية التى تعطى الشخص الطبيعي إحساساً بالفردية والتميز والتحكم فى الذات ؛ فيشعر المريض أن الآخرين يعلمون أو يتقاسمون معه أكثر أفكاره خصوصية ومشاعره وأفعاله ، وقد تتكون ضلالات لتفسر هذه الظواهر ، تصل إلى حد الاعتقاد بوجود قوى طبيعية أو خارقة للطبيعة ، تعمل من أجل التحكم فى أفكار وأفعال الشخص المصاب ، بأشكال شاذة وغريبة فى أغلب الأحيان .

وقد يرى المرضى أنفسهم هدفاً لكل ما يحدث . وتشيع الهلاوس خاصة الهلاوس السمعية ، وقد تعلق على سلوك وأفكار الشخص، وكثيراً ما يضطرب الإدراك بأشكال أخرى ؛ فالألوان أو الأصوات قد تبدو حية (زاهية) أكثر من الطبيعى ، أو قد تبدو متغيرة نوعياً .

وتكتسب السمات الثانوية للأشياء العادية أهمية تتجاوز الشيء أو الموقف بأكمله، كذلك فإن الارتباك يشيع عند بداية هذا الاضطراب ، وكثيراً ما يؤدى إلى الاعتقاد بأن المواقف اليومية تحمل معانٍ خاصة ، عادة سوداوية ، ويفسرها بأنه المقصود بكل الأحداث المحيطة به .

أما اضطراب التفكير الفصامى المميز ، فيبرز السمات الهامشية وغير المهمة فى المعنى العام ، تلك التى يتم تجاهلها عادة فى النشاط الذهنى الطبيعى الموجه ، فيبرزها فى المقدمة ويستخدمها بدلا من تلك السمات المهمة والمناسبة للموقف .

وبذلك يصبح التفكير مشوشاً وغير مركز وغير واضح ، ويصبح التعبير عنه من خلال الكلام أحياناً غير مترابط ، وكذلك تكثر الانقطاعات والاستقطاب فى تسلسل الأفكار ، ويبدو وكأن هيئة خارجية تسحب الأفكار .

أما المزاج فيكون إما سطحيا أو نزعيا أو غير مناسب ، وقد يظهر تضاد المشاعر واضطراب الإرادة فى شكل عطالة أو نقيضية أو ذهول ، كما قد يكون هناك تصلب أو تخشب فى الحركة . وقد تكون بداية المرض حادة مع سلوك مضطرب اضطرابا شديدا أو تدريجيا ، تتكون فيه الأفكار والسلوك الشاذين بشكل بطئ .

مسار الاضطرابات الفصامية مستمر أو نوابى ، مع خلل متطور أو ثابت ، أو قد تحدث نوبة أو أكثر مع شفاء كامل أو جزئى . ولايجوز استخدام تشخيص الفصام فى وجود أعراض اكتئابية أو أعراض هوس ، إلا إذا كان ظهور أعراض الفصام سابقاً على الاضطراب الوجدانى بشكل واضح ، كذلك لايجوز تشخيص الفصام فى وجود مرض واضح بالمخ ، أو فى أثناء حالات تسمم بعقار أو حالات انسحاب من إدمان المواد .

وعلى الرغم من عدم وجود أعراض مميزة للفصام ، إلا أن هناك عدداً من الظواهر النفسية المرضية لها دلالة خاصة بالنسبة لتشخيص الفصام (ولكن من المهم التأكد من وجود الظواهر المذكورة فعلا ، ومن أن المريض لايتكلم مجازيا وحسب ، أو يعدل من كلامه تحت تأثير الإيحاء) .

وتتضمن هذه الظواهر :

١- قراءة الأفكار ، غرز الأفكار أو سحبها ، إذاعة الأفكار .

٢- ضلالات التحكم أو التأثير أو السلبية ، التى تشير بوضوح إلى حركات الجسم أو الأطراف أو أفكار أو أفعال أو أحاسيس معينة ، وإدراك ضلالى .

٣- أصوات هلوسية تعلق بشكل مستمر على سلوك المريض ، أو تتناقش فيما بينها بشأنه أو أنواع أخرى من الأصوات الهلوسية ، التى يكون مصدرها جزءاً ما فى الجسم .

٤- ضلالات مستمرة من أنواع أخرى غير ملائمة أو مقبولة حضارياً، مثل: ضلالات حول الهوية الدينية أو السياسية والقوى فوق البشرية والقدرات الخارقة... إلخ .

٥- الهلاوس المستمرة من أى شكل ، عندما تصاحبها ضلالات أما سريعة الزوال أو نصف مكتملة، دون مضمون وجدانى واضح ، أو أفكار مستمرة مبالغ فى قيمتها ، أو عندما تحدث يوميا لمدة أسابيع أو شهور متصلة .

٦- انقطاعات أو اقتحامات فى تسلسل الأفكار ، تؤدى إلى كلام غير مترابط، أو لامعنى له أو لغة جديدة .

٧- سلوك جامودى ، مثل : الاهتياج ، الوضعية أو المرونة الشمعية ، النقيضية، الخرس والسبات .

٨- أعراض «سالبة» مثل اللامبالاة الشديدة ، وندرة الكلام والاستجابات الانفعالية المتبلدة أو غير الملائمة (تؤدى هذه عادة إلى انسحاب اجتماعى وانخفاض فى الأداء الاجتماعى، ويجب أن يكون واضحاً أنها ليست بسبب اكتئاب أو أدوية مضادة للذهان) .

مؤشرات تشخيصية حسب التصنيف العالمي العاشر للأمراض النفسية:

إن ما نحتاجه عادة لتشخيص الفصام ، هو وجود حد أدنى من عرض واحد شديد الوضوح (وعادة اثنين أو أكثر إذا كانا أقل تحديداً) فى أى من المجموعات المذكورة أعلاه من (١) إلى (٤) ، أو وجود أعراض من مجموعتين على الأقل المشار إليهما من (٥) إلى (٧) ، وأن تكون هذه الأعراض موجودة بوضوح فى أغلب الوقت خلال فترة شهر أو أكثر .

أما الحالات التى تستوفى هذه المعايير ، ولكن مدتها أقل من شهر (سواء تم علاجها أو لا) ، فيجب أن تشخص أولاً كاضطراب ذهانى حاد مثيل الفصام ، ثم يعاد تصنيفها كفصام ، إذا استمرت الأعراض لفترات أطول من شهر .

بالنظر إلى التاريخ السابق ، قد يتضح وجود طور نذيرى أولى من الأعراض والسلوك كفقدان الاهتمام بالعمل والنشاطات الاجتماعية والمظهر الشخصى والنظافة الشخصية ، بالإضافة إلى قلق عام ودرجات خفيفة من الاكتئاب والانشغال ، قد تسبق بداية الأعراض الفصامية بأسابيع أو حتى شهور ، ولصعوبة تحديد وقت البداية ، اتفق على أن يطبق معيار فترة الشهر الواحد فقط على الأعراض المعينة المذكورة أعلاه ، وليس على أى طور نذيرى أولى غير ذهانى .

أنواع الفصام

يختلف العلماء فى تصنيفهم لمرض الفصام ، بل وتختلف الدول فى تقسيمها لهذا المرض . وقد حاول كريبلين ١٨٩٩ تقسيمه إلى الفصام الكتاتونى ، والهيبرفرينى والبارانوى ، ثم أضاف بلويلر ١٩١١ النوع الرابع ،وهو الفصام البسيط .

ومنذ ذلك الوقت اعتبر الفصام أربعة أنواع :

١ – الفصام البسيط Simple

٢ – الفصام الهيبرفرينى Hebephrenic

٣– الفصام الكتاتونى Catatonic

٤ – الفصام البارانويدى Paranoid

والحق أن هذا التصنيف أكاديمى ؛ لأنه نادراً ما نجد حالة نستطيع أن نفصلها فصلاً تماماً عن بقية الأنواع ؛ نظراً لتشابك الأعراض وظهورها فى نوبات مختلفة .

وتوجد عدة أنواع من التصنيف، فمثلا :

١ – الفصام النووى Nuclear :

ويعنى به البسيط أو فصام المراهقة، ويتميز بالآتى:

أ– الظهور المبكر .

ب– التدهور البطئ .

جـ– قوة العامل الوراثى .

د– الاستجابة الضعيفة للعلاج .

٢ – الفصام الطرفى Peripheral:

ويضم الفصام الكتاتونى والبارانوى ، ويتميز بالآتى :

أ– الظهور المتأخر .

ب– أقل عرضة للتدهور .

جـ– قوة العامل البيئى .

د– الاستجابة الحسنة للعلاج .

ويفضل العلماء الأوروبيون تقسيم الفصام إلى :

أ- الفصام الأصلى Process ، وينتهى بالتدهور التام مع عدم الاستجابة للعلاج

ب- الفصام التفاعلى Reactive ، ويبدأ بعد إجهاد معين فجأة ويشفى بالعلاج.

وأخيراً التقسيم الجديد :

١- النوع الأول (الإيجابى) Positive :

ويتميز بأعراض إيجابية من هلاوس وضلالات ، وسببه التغيرات الكيميائية فى الموصلات العصبية خاصة الدوبامين وحديثا السيروتونين والجلوتاميت ، ويستجيب للعلاج بالعقاقير .

٢- النوع الثانى (السلبى) Negative :

ويتميز بأعراض سلبية من انطواء، وفقد الكلام والإرادة ، انعدام المباهج ، وسببه تغيرات فى نسيج المخ ، وكان سابقاً لايستجيب للعلاج بكافة أنواعه ، أما حالياً فتصل الاستجابة للعلاج الحديث مابين ٣٠ - ٤٠٪ .

٣- النوع الثالث (التفسخى وغير المترابط) Disorganized :

ويتميز بخلل فى التفكير والسلوك وعدم الترابط .

وقد أوضح تصوير المخ بالمواد المشعة اختلاف الأنواع الثلاث (١٩٩٦) .

وأخيرا اتفقت هيئة الصحة العالمية على تقسيم الفصام على هذا النمط (١٩٩٢):

١- الفصام البسيط	Simple
٢- الفصام الهيبفرينى (البلوغ- المراهقة)	Hebephrenic
٣- الفصام الكتاتونى (الجامودى - التخشبى)	Catatonic
٤- الفصام البارانويدى (الزورانى - الضلالى)	Paranoid
٥- الفصام غير المميز	Acute Undifferentiated
٦- اكتئاب ما بعد الفصام	Post - schizophrenic Depression

٧- الفصام المتبقى Residual

٨- الفصام الوجدانى Schizo- affective

٩- أنواع أخرى غير محددة Unclassified

١- الفصام البسيط :

وهو من أصعب الأنواع تشخيصاً نظراً لغياب الأعراض الشديدة ، وصعوبة تفرقته عن بعض الأمراض الأخرى أو اضطرابات الشخصية ويتميز بالآتى :

أ- يبدأ فى سن مبكرة ما بين ١٥ - ٢٥سنة ، ويزحف ببطء وتدريجياً ، حتى ينتهى بتدهور مستمر فى الشخصية .

ب- يتميز هذا النوع من الفصام باضطرابات الوجدان والإرادة السابق شرحهما بالتفصيل ، ولاتظهر أى أعراض كتاتونية أو ضلالات أو هلاوس .

ويحتمل وجود بعض الاضطرابات البسيطة فى التعبير عن التفكير كصعوبة التركيز وضعف التفكير التجريدى .

جـ- ينتشر هذا النوع بين أقرباء مرضى الفصام وموظفى الدرجات السفلى، وبين المدمنين ، والمجرمين والمنحرفين جنسيا ، كما أنه يكثر بين متوهمى العلل البدنية ، ونستطيع فهم سبب انتشاره بين هذه الفئات إذا حللنا ما يحدث للفرد عند تعرضه للاضطرابات الوجدانية ؛ خاصة تبلد وتجمد الانفعال ، فهؤلاء يفقدون طموحهم واهتمامهم، ولايستجيبون للانفعالات المختلفة فلا يتحمس المريض للتقدم فى عمله وتحسين حاله .

كذلك .. فالإقدام على الجريمة يحتاج لتبلد فى الانفعال ، يتوافر فى مرضى الفصام البسيط، أما العاهرة التى تبيع جسدها عدة مرات يوميا فمشكلتها ليست اقتصادية أو اجتماعية فقط، بل يعتقد الكثيرون أنه يلزم وجود بعض التبلد الانفعالى عندها ، ولايعنى ذلك أنها وأمثالها لايبتسمن أو يضحكن ، فهذه مظاهر خارجية ، ولكن الذى يهمنا هو الانفعال والشعور الداخلى .

وأذكر أحد مرضى الفصام البسيط، كان شابا فى السابعة عشر من عمره، منطويا خجولا معتكفا بالمنزل يشكو دائما من علل بدنية مختلفة ، ودائما يحضر إلى العيادة مع والده ، وفى أحد الأيام جاءنى منفردا يشكو من صداع وإمساك ، فسألته عن والده وزادت دهشتى ، عندما أجابنى بأنه توفى صباح اليوم ، ولم يبدو على

وجهه أية علامات للحزن والأسى ، ويوضح ذلك بالطبع مدى التجمد العاطفى لهذا المريض.

ويسهو على الكثير من الأطباء والأقرباء تشخيص الفصام البسيط ؛ لأنه عادة مايوصف الشاب الذى يعانى من هذا المرض بالطيبة والخلق الحسن وكذلك الفتاة بالاستقامة وعدم الاختلاط والاعتكاف الدائم بالمنزل ؛ فنجد هذا الشاب يلتحق بعمل بسيط ، يعود بعده للمنزل ليجلس فى حجرته منعزلاً ، ولايهتم بقراءة الجرائد أو سماع الراديو أو مشاهدة التليفزيون ولايغتسل أو يحلق ذقنه أو يغير هندامه إلا إذا نصحته والدته بذلك ، ولاينفعل للأحداث فهو سلبى ضعيف الإرادة تحركه والدته كما تشاء ، ولذا يكون قريباً جداً منها وتعتز هى بأدبه الجم وخجله العجيب ، وتتدهور حالته تدريجيا ولا يأتى للطبيب إلا بعد سنوات من زحف المرض ، ولذا يجب أخذ الانطواء والانعزال وفقد الاهتمامات بحذر شديد ؛ حتى لايكون بداية لمرض الفصام البسيط .

ونظراً لصعوبة التشخيص وندرة وجود هذا النوع فى البلاد الصناعية، فقد ألغى التصنيف الأمريكى هذا النوع ، واستبدله باضطراب الشخصية المسمى بالطابع الفصامى (Schizo typal).

٢- الفصام الهيبرفريني (البلوغ - المراهقة) :

تتجمع فى هذا النوع كل أعراض الفصام السابق ذكرها ، ويبدأ هذا النوع فى سن مبكرة ويزحف ببطء ، وإن لم يعالج ينتهى بتدهور تام فى الشخصية. وأهم ما يميز هذا النوع :

أ- اضطرابات التفكير بكل الأنواع السابق ذكرها ؛ خاصة صعوبة التركيز وعدم ترابط الأفكار ، وخلل فى التفكير المجرد ، وهامشية الإجابة عن الأسئلة ، والالتفاف حول المعنى ... إلخ .

وإن أخذنا فى الاعتبار أن المرض يهاجم السن المبكرة؛ أى سنوات الدراسة المختلفة ، نستطيع أن نتبين كيف أن مرض الفصام يمثل مشكلة دراسية كبيرة ، فإذا كان الطالب على كفاءة عالية فى الدراسة ، ثم يبدأ فجأة يرسب فى الامتحانات ، على الرغم من إقباله على الاستذكار طوال العام ، عندئذ يجب أن نستبعد احتمال وجود اضطراب فى التفكير .

ب- اضطرابات الإرادة والسلبية .

جـ- اضطرابات الوجدان من التبلد ، والتجمد إلى عدم التناسب الانفعالى .

د- الضلالات المتغيرة وأحيانا الهلاوس السمعية .

هـ- اضطرابات السلوك مع تصرفات اندفاعية تلقائية غريبة وغير مفهومة، كما سبق شرحها .

و- تتأرجح بعض الأعراض القهرية الغامضة ، وتتحول أحيانا إلى ضلالات وهلاوس ، وقد سبق الكلام عن ذلك مع عصاب الوسواس القهرى .

ز- اختلال الإنية والعالم الخارجى حيث يبدأ المريض فى الشعور بأنه قد تغير، وأن منظره وسيره وسلوكه ليس كما كان ، وأن العالم حوله قد تغير ويبدأ فى الإحساس وكأنه فى حلم دائما .

ح- يبدأ المرض أحياناً بطريقة غامضة قبل ظهور الاضطرابات السابق ذكرها، مثل : توهم علل بدنية وتركيز على العادة السرية أو الطمث أو الخوف من الأمراض خاصة الدرن والسرطان ، بل وأحياناً ما يبدأ المرض بأعراض عصابية أو زيادة وانحراف فى الطاقة الجنسية .

٣- الفصام الكتاتونى (الجامودى - التخشبى) :

ويبدأ فى سن متأخرة عن البسيط والمراهقة أى ما بين ٢٠ - ٤٠ سنة ، ويتميز باضطراب الحركة . وعادة ما يتحسن مع العلاج ، وأهم أعراضه الاضطرابات الكتاتونية ، التى سبق شرحها مع أعراض الفصام ، مع ملاحظة أن الأعراض الكتاتونية تظهر مع أمراض نفسية وعضوية أخرى .

٤- الفصام البارانويدي (الزورانى - الضلالى) :

ويعتبره البعض نوعاً منفصلاً من الفصام ؛ نظراً لاختلافه عن بقية الأنواع فى كثير من المظاهر ، فأثر العوامل البيولوجية والوراثية ضعيف ، وتلعب البيئة دورا مهماً فى نشأته ، ثم أنه يبدأ فى سن متأخرة بعد سن الثلاثين ، كذلك تقل نسبة التدهور الاجتماعى فى الشخصية عن بقية الأنواع ، ويتميز إكلينيكيا بالضلالات والهلاوس دون أثر للاضطرابات الأخرى للفصام ، بل أحيانا ما تكون الشخصية متكاملة مع بعض الاستبصار ، لدرجة أن المريض ينكر أعراضه ولاتظهر إلا إذا أثير إثارة شديدة .

وكما سبق أن قلنا .. فإن البعض يتجه إلى فصل هذا النوع من الفصام وإدماجه تحت الاضطراب الضلالى Paranoid Disorder ؛ مما يجعل الأمر متفاوتا

في شدة المرض وارتباطه بالشخصية .

والصورة الإكلينيكية للفصام الزوراني (البارانويدي) تغلب عليها ضلالات ثابتة نسبيا ، وعادة ما تصحبها هلاوس ، خاصة من النوع السمعي واضطرابات إدراكية ، أما اضطرابات الوجدان والإرادة و اللغة والأعراض التخشبية ، فتكون إما غائبة أو غير واضحة نسبيا .

أمثلة لأكثر الأعراض الزورانية (البارانويدية) شيوعاً :

(١) ضلالات الاضطهاد والإشارة أو المولد الرفيع أو المهمة الخاصة أو التغيير في الجسد أو الغيرة .

(٢) هلاوس سمعية تهدد الفرد أو تعطيه أوامر ، أو هلاوس سمعية دون محتوى كلامي مثل الصفير أو الهمس أو الضحك .

(٣) هلاوس شمية أو تذوقية أو إحساسات جنسية أو جسدية أخرى ، وقد تحدث هلاوس بصرية ، وإن كان نادراً ما تكون بارزة .

(٤) قد يكون اضطراب التفكير شديداً في الحالات الحادة ، ولكن ذلك لايحول دون تعرف الضلالات والهلاوس بوضوح ، وعادة ما يكون الوجدان أقل تبلداً عنه في الأشكال الأخرى ، ولكن يشيع أحياناً الوجدان غير المناسب، وكذلك اضطرابات المزاج ، مثل : النزق والغضب المفاجئ والخوف والارتياب .

وكثيراً ما توجد أعراض «سالبة» مثل تبلد الوجدان واختلال الإرادة ، وإن كانت لاتهيمن على الصورة السريرية .

ويمكن أن يكون مسار الفصام الزوراني (البارانويدي) في نوبات ، مع نوبات شفاء جزئي أو كامل أو مزمن ، وفي النوع الأخير تستمر الأعراض المتفاقمة لمدة سنوات ، ويكون من الصعب تمييز نوبات محددة . أما بداية المرض فتكون عادة متأخرة عن أشكال فصام المراهقة والفصام الجامودي (التخشبي) .

مؤشرات تشخيصية للفصام البارانويدي (الزوراني)

لاتنفصل الأنواع المختلفة من الفصام بعضها عن البعض الآخر بشكل حاد، ويمكن أن ينتقل المرض من أحد الأنواع إلى نوع آخر ، أثناء مسار مرضهم . ولذا يجب استيفاء الشروط العامة لتشخيص الفصام .

وبالإضافة إلى ذلك يجب أن تكون الهلاوس و/ أو الضلالات واضحة ، في حين تكون اضطرابات الوجدان والإرادة والكلام والأعراض التشخيصية غير واضحة نسبياً ، وعادة ما تكون الهلاوس من النوع الموصوف أعلاه .

ويمكن أن تكون الضلالات من أى نوع تقريبا ، وإن كانت ضلالات التحكم أو التأثير أو الإشارة واعتقادات الاضطهاد ، بمختلف أشكالها ، هى الأكثر تمييزاً لهذا النوع من الفصام.

ويجب التمييز بين الفصام البارانويدى وبين المرادفات التالية ، والتى يندر استعمالها :

(١) **البارانويا :** Paranoia

وهى حالة نادرة إلى حد ما ، وتتميز بوجود ضلالات دون هلاوس أو تدهور فى الشخصية . وتتميز هذه الهذاءات بقوتها وترتيبها وتنسيقها ، وكثيرا ما نجد أتباعاً لهؤلاء المرضى يؤمنون بالاعتقاد الخاطئ نفسه، ويميل بعض أطباء النفس إلى تشخيص هتلر تحت هذا الاسم ؛ نظراً لأنه آمن بالاعتقاد الخاطئ بسيادة الجنس الآرى على كل الأجناس التى يجب أن تخدم وتعبد هذا الجنس ، وبدأت أجهزة الدعاية والتعليم تبشر بهذا الاعتقاد ، دون وجود حقائق ، ونشأ الطفل الألمانى من خلال هذا الجو ، مؤمناً بهذا الهذاء.

وعادة ما تكون شخصية مريض البارنويا قوية مسيطرة سائدة طاغية أنانية، لاتحترم فى داخلها عواطف الأفراد ، ولو أنه يحاول تمثيلها ظاهريا ، ويمتلك مقدرة فائقة على الإقناع . وتدريجيا يستطيع أن يجمع حوله كثيراً من الأتباع، ويلاحظ ذلك فى بعض أصحاب المذاهب الدينية والفلسفية والسياسية المتطرفة ، ويتميز أيضاً مريض البارانويا بالشك فيمن حوله وعدم ثقته المطلقة فى أحد من الأتباع ، ودائما ما يسخر من أى آراء تخالف آراءه ، ويتحتم على الجميع الاقتناع والاقتداء برأيه الذى يؤمن بأنه الأسلم والأصح .

(٢) **البارافرنيا** Paraphrenia **(حالة البارانويا المتأخرة)**:

وتبدأ فى سن متأخرة عن البارانويا ، ويعتقد البعض أنها نوع من فصام الشيخوخة ؛ إذ عادة ما تبدأ بعد سن الأربعين، وهى أكثر انتشاراً بين النساء عنها بين الرجال ، وتتميز بالضلالات والهلاوس مع ترابط وعدم تدهور الشخصية، فنجد السيدة العجوز تبدأ فى الشكوى من الجيران الذين يحاولون الاعتداء عليها، ويرسلون

لها غازات سامة من تحت الباب لتخديرها واغتصابها ، وأنها تسمعهم يدبرون لها المؤمرات ويلعنونها وينعتونها بألفاظ نابية ، وعلى الرغم من هذه الهذاءات والهلاوس، نجدها مازالت تهتم بملبسها وطعامها واختلاطها مع بقية الناس .

وكثيرا ما تصاحب البارافرنيا أعراضاً اكتئابية .

وكثير من المرضى يأتون وهم مقتنعون بأنهم أنبياء الله أو المهدى المنتظر، وأنهم مرسلون لهداية الناس بدين جديد ، وأتذكر طالباً جاءنى لاتبع خطاه؛ حيث إنه سمع هاتفاً يأمره بالهداية بدين جديد فى كندا ، وأن معجزته هى تحويل الورد الصناعى إلى زهور طبيعية ، وأنه سوف يترك الدراسة ليعمل ما أمر به ، وحاولت إقناعه بصعوبة هذا الأمر ،و إن كان لابد فلا مانع من البدء فى قسم الأمراض النفسية حتى يتمرن على هذا الموضوع ، ولدهشتى قبل الدخول للمستشفى ، وعولج وتم شفاؤه ، وقد أنهى الآن دراسته الجامعية ويتذكر فترة المرض، وكأنها كابوس أو حلم ثقيل .

٥- فصام غير مميز : Undifferentiated Schizophrenia

هى حالات ذهانية تستوفى الشروط العامة للفصام، ولكنها لاتنطبق على أى نوع من الأنواع المذكورة أعلاه أى : البسيط ، الهيبفرينى ، الكتاتونى ، أو البارانويدى، وتعكس بعض السمات الخاصة لأكثر من نوع واحد منها، دون بروز واضح لأى مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات، ويستخدم هذا الرمز للحالات الفصامية فقط (بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقى واكتئاب ما بعد الفصام) ، وبعد أن تكون قد تمت محاولة تصنيف الحالة فى واحد من المجموعات الأربع السابقة .

مؤشرات تشخيصية :

يحتفظ بهذا التشخيص للمرضى الذين :

أ- يستوفون الشروط التشخيصية للفصام .

ب- لايستوفون شروط النوع الزورانى (البارانويدى) ، أو فصام المراهقة أو التخشبى .

جـ- لايستوفون شروط الفصام المتبقى أو اكتئاب ما بعد الفصام .

٦- اكتئاب ما بعد الفصام : Post - schizophrenic Depression

نوبة اكتئابية قد تطول مدتها فى مرحلة تعقب مرض فصامى ، ويجب أن تكون هناك بعض الأعراض الفصامية سواء الإيجابى منها أو السلبى ، ولكنها لاتهيمن على الصورة الإكلينيكية، وفى حالة ما إذا كان المريض لايحمل أعراضاً فصامية، عندئذ يجب استخدام تشخيص نوبة اكتئابية . أما إذا كانت الأعراض الفصامية واضحة وبارزة .. فإن التشخيص عندئذ يكون تبعاً لنوع الفصام الملائم .

ومن غير المؤكد وغير الأساسى بالنسبة للتشخيص ، ما إذا كان ظهور الأعراض الاكتئابية هو لانطفاء الأعراض الفصامية ، وليس نتيجة لظهور مرض جديد ، أو ما إذا كان الاكتئاب هو جزء داخلى من الفصام أكثر منه رد فعل نفسى له .

ونادراً ما تكون الأعراض على درجة من الشدة أو الشمول بحيث تستوفى شروط تشخيص نوبة اكتئابية حادة ، وكثيراً ما يكون من الصعب أن نقرر أياً من أعراض المريض نتيجة للاكتئاب ، وأياً منها نتيجة للعلاج الدوائى المضاد للذهان، أو نتيجة لاضطراب الإرادة والتسطح الوجدانى الخاص بالفصام نفسه ، ويصاحب الاضطراب الاكتئابى خطورة عالية فى الانتحار .

مؤشرات تشخيصية :

* يستخدم التشخيص فقط إذا :

أ- كان المريض قد أصيب بمرض فصامى ، يستوفى الشروط العامة للفصام، خلال الاثنى عشر شهراً الأخيرة .

ب- كانت لاتزال هناك بعض الأعراض الفصامية .

جـ- كانت الأعراض الاكتئابية بارزة وموجعة ، وتستوفى على الأقل معايير نوبة اكتئابية ، ومر على وجودها أسبوعان على الأقل .

* وإذا كان المريض لايحمل أى أعراض فصامية تشخص الحالة كنوبة اكتئاب. أما إذا كانت الأعراض الفصامية لاتزال متفاقمة وبارزة .. فيجب أن يبقى التشخيص خاصاً بنوع الفصام المناسب .

٧- فصام متبقى (فضالى) : Residual Schizophrenia

مرحلة مزمنة فى مسار تطور المرض الفصامى ، تم فيها انتقال واضح من مرحلة أولية إلى مرحلة تالية ، وتتميز بأعراض واختلالات سالبة طويلة المدى، وإن

كانت ليست بالضرورة غير معكوسة الاتجاه .

على سبيل المثال : بطء نفسحركى ، قلة نشاط ، تبلد فى الوجدان ، سلبية وافتقار للمبادرة ، فقر فى كمية أو مضمون الكلام ، فقر فى التواصل اللفظى من خلال تعبيرات الوجه ونظرة العين ونبرة الصوت ووضع الجسم ، إهمال فى الرعاية بالنفس، وانخفاض فى مستوى الأداء الاجتماعى .

مؤشرات تشخيصية :

لكى يكون التشخيص محل ثقة، يجب أن تتحقق الشروط التالية:

أ- أعراض فصامية سلبية بارزة أى بطء نفسحركى ، قلة نشاط ، تبلد فى الوجدان ، سلبية وانعدام المبادرة، فقر فى كمية ومضمون الكلام ، فقر فى التواصل غير اللفظى ، مثل : تعبيرات الوجه والتلاقى بالأعين، وتغييرات نبرات الصوت وتغيير وضع الجسم، فقر فى العناية بالذات والأداء الاجتماعى .

ب- دليل فى الماضى على وجود نوبة فصامية واحدة ، محددة على الأقل تستوفى شروط الفصام .

جـ- وجود فترة سنة على الأقل ، انخفضت فيها كثافة ومعدل الأعراض المتفاقمة كالضلالات والهلاوس ، مع وجود زملة الفصام السلبى .

د- غياب الخرف أو أى سبب مرضى مخى عضوى آخر ، غياب الاكتئاب المزمن أو المؤسساتية (البقاء طويلا فى المستشفى) كأسباب كافية لتأثير الاختلافات السلبية .

قد يكون من الضرورى تشخيص فصام متبقى تشخيصا مبدئيا ، فى حالة عدم إمكانية الحصول على معلومات كافية بشأن التاريخ السابق للمريض ، ومن ثم عدم إمكانية التأكد من أن المرض قد استوفى شروط الفصام فى وقت ما فى الماضى .

٨- فصام غير محدد Schizophrenia, Unspecified:

٢- اضطراب فصامى الطابع Schizotypal Disorder :

هو حالة تتميز بسلوك شاذ وغرائب فى التفكير والوجدان ، تتشابه مع تلك المشاهدة فى الفصام، على الرغم من غياب أعراض فصامية مميزة فى أى مرحلة . ولايوجد اضطراب مميز أو مهيمن ، ولكن يحتمل وجود أى من الظواهر التالية :

١- وجدان بارد ومتحفظ ، كثيراً ما يصاحبه انعدام لذة .

٢- سلوك أو مظهر يبدو غريباً أو شاذاً أو خاصاً .

٣- فقر التعامل مع الآخرين ، وميل نحو الانطواء الاجتماعى .

٤- أفكار تلميح (إشارة) ، أو أفكار زورانية (بارانويدية) ، أو اعتقادات غريبة ضلالية وانشغالات ذاتوية ، لاترتقى إلى ضلالات حقيقية .

٥- اجترارات وسواسية دون مقاومة داخلية ، وكثيرا ماتكون ذات مضمون خرافى من تشوه البنية ، أو مضمون جنسى أو عدوانى .

٦- انخداعات حسية وجسدية وخبرات اختلال الآنية والبيئة تظهر أحياناً.

٧- التفكير والكلام يتميزان بالغموض والتفصيلية والمجازية والتعقيد الشديد والتكرارية، دون تنافر أو عدم اتساق .

٨- نوبات عابرة تكاد تكون فصامية تحدث أحياناً يصاحبها انخداعات شديدة وهلاوس سمعية أو أية هلاوس أخرى وأفكار مثل ضلالية ، تحدث عادة دون استثارة خارجية .

وتجرى الحالة فى مسار مزمن مع تموجات (تذبذبات) فى الشدة وأحيانا تتطور إلى فصام واضح ، ولاتوجد بداية محددة ، وإنما تكون فى بدايتها ومسارها مثلها مثل اضطراب الشخصية ، ويشيع هذا الاضطراب بين الأفراد المرتبطين وراثيا بمرضى مصابين ، كما يعتقد أنه جزء من «الطيف» الوراثى للفصام .

مؤشرات تشخيصية :

لاينصح باستخدام هذا العنوان التشخيصى استخداماً عاماً؛ لأنه غير مميز تمييزا واضحا لا عن الفصام البسيط أو الزورانى ، ولا عن اضطراب الشخصية شبه الفصامى أو الزورانى. ولكى نستخدم هذا التشخيص ، يجب توافر ثلاث من الأربع سمات المميزة المذكورة أعلاه ، بشكل مستمر أو فى نوبات لفترة عامين على الأقل.

ويجب ألا يكون الشخص قد استوفى شروط اضطراب الفصام أبداً.

أما وجود تاريخ إصابة بالفصام فى أحد أقارب الدرجة الأولى للمريض فإنه يعطى وزناً إضافيا للتشخيص ، ولكنه ليس شرطاً لازماً .

ويتضمن : استجابة فصامية كامنة ، فصاماً حدياً (فصام الحد الفاصل) فصاماً

كامناً ، فصاماً قبل ذهاني ، فصاماً بادرى (نذر فصام) ، فصاماً عصابياً كاذب، فصام الاعتلال النفسي الكاذب ، اضطراب الشخصية فصامية الطابع .

٣- اضطرابات ضلالية مستمرة (بارانويدية)

Persistent Delusional Disorders- Paranoid

تتضمن هذه المجموعة حالات متنوعة ، تكون فيها الضلالات طويلة المدى هي السمة الإكلينيكية الوحيدة أو الأكثر وضوحاً ، ولايمكن تصنيفها كضلالات عضوية أو فصامية أو وجدانية، وعادة ما تكون هذه الحالات غير متجانسة ولكنها تبدو غير مرتبطة بالفصام . كذلك .. فإن الأهمية النسبية التى تتخذها العوامل الوراثية ، وتلك الخاصة بالسمات الشخصية ، وظروف الحياة فى نشأة هذه الحالات لازالت غير مؤكدة بل وغالباً متنوعة ، أما الاضطرابات الضلالية التى تستمر لفترة أقل من بضعة شهور ، فيجب تصنيفها – على الأقل مؤقتا – تحت اضطرابات ذهانية حادة وعابرة .

أ- اضطراب ضلالى مستمر : Persistent Delusional Disorder

هو اضطراب غير محدد، يتميز إما بوجود واحدة أو مجموعة من الضلالات المترابطة ، والتى تكون عادة مستمرة ، بل وقد تستمر طوال العمر . ويختلف مضمون الضلالة أو الضلالات كثيراً .. فغالباً ما تكون ضلالات اضطهادية أو توهم مرضى أو عظمة ، ولكنها أيضاً قد تتعلق بالشرعية أو الغيرة ، أو تحمل اقتناعاً بتشوه جسد المريض ، أو أن الآخرين يعتقدون أنه يصدر روائح كريهة ، أو أنه شاذ جنسياً .

ويتميز الاضطراب بغياب أى مرضيات نفسية أخرى ، وقد تظهر أعراض اكتئابية بين حين وآخر ، كما قد تتكون هلاوس شمية ولمسية فى بعض الحالات.

وفى حالة وجود هلاوس سمعية فى شكل أصوات أو أعراض فصامية مثل ضلالات التحكم وتبلد ملحوظ بالوجدان دليل على مرض مخى .. فإن هذه كلها مظاهر تتناقض مع التشخيص .

وتكون بداية المرض عادة فى متوسط العمر، ولكنها قد تبدأ فى سن مبكرة، وبالذات فى حالة الاعتقاد بوجود تشوه فى الجسد . وكثيراً ما يمكن ربط مضمون الضلالة وتوقيت ظهورها بحادث فى حياة الشخص ، على سبيل المثال: ضلالات الاضطهاد فى الأقليات . وبخلاف الأفعال والمواقف المرتبطة مباشرة بالضلالة أو منظومة الضلالات ، يكون الوجدان والكلام والسلوك طبيعيين .

مؤشرات تشخيصية :

تمثل الضلالات أبرز الخصائص السريرية ، أو الخاصية السريرية الوحيدة ، ويجب أن تستمر الضلالة أو الضلالات لفترة ثلاث شهور على الأقل، وأن تكون شخصية بشكل واضح أكثر منها نتيجة لاعتقادات حضارية.

كما يجب أن تكون غير قابلة للمناقشة المنطقية . وقد توجد أعراض اكتئابية أو حتى نوبة اكتئابية كاملة ، بشكل متقطع ، ولكن يشترط أن تستمر الضلالة فى الأوقات التى لايوجد فيها اضطراب فى المزاج.

كما يشترط غياب أى دليل على وجود مرض بالمخ أو هلاوس سمعية أو تاريخ من الأعراض الفصامية (ضلالات التحكم ، إذاعة الأفكار ... إلخ) .

ويتضمن : بارنويا (زورانية) ، ذهاناً بارانويدياً (زورانى) ، حالة بارانويدية (زورانية) ، فصام زورانياً متأخراً (فصام سن الكهولة الزورانى)

ب- اضطرابات ضلالية مستمرة أخرى

Other Persistent Delusional Disorders

تصنف هنا الاضطرابات التى تكون الضلالة أو الضلالات فيها مصاحبة بأصوات هلاوسية أو أعراض فصامية ، لاتكفى كشروط لتشخيص الفصام .

الاضطرابات الضلالية التى استمرت لفترة تزيد عن الثلاث شهور ، ولكن تقل عن الست شهور يجب أن تصنف على الأقل مؤقتاً ، تحت اضطراب ضلالى ذهانى حاد .

وتتضمن : فزع تشوه الشكل الضلالى ، حالة بارانويدية زورانية ارتدادية، بارانويا زورانية الشجار والمقاضاة .

٤- اضطرابات ذهانية حادة وعابرة

Acute and Transient Psychotic Disorders

هى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات ، تتميز بالبداية الحادة للأعراض الذهانية ، مثل : الضلالات والهلاوس والاضطرابات الإدراكية وخلل شديد فى السلوك الطبيعى . وكلمة «حادة» تعرف بأنها تطور الصورة الإكلينيكية المرضية بشكل متصاعد فى خلال أسبوعين أو أقل ، ولايوجد دليل على وجود سبب عضوى مسبب لهذه الاضطرابات .

الخلط العقلى عرض كثير الحدوث فى هذه الحالات ، يتميز بفقدان الاتجاه بالنسبة للزمن والمكان والأشخاص ، وإن وجد فإنه لايكون مستمراً ولايكون على درجة من الشدة تبرر استخدام تشخيص هذيان عضوى ، وعادة ما يحدث الشفاء فى كثير من الأحيان فى خلال بضعة أسابيع أو حتى أيام . وإذا استمر الاضطراب عندئذ يجب تغيير التصنيف . وقد يكون الاضطراب مصحوباً بكرب حاد ؛ أى أحداث مضنية تسبق بداية الاضطراب بأسبوع أو اثنين .

مؤشرات تشخيصية :

لايستوفى أى من الاضطرابات فى هذه المجموعة المعايير الخاصة بنوبات الهوس أو النوبات الإكتئابية ، على الرغم من وجود تغيرات إنفعالية وأعراض وجدانية من وقت لأخر، كذلك تتميز هذه الاضطرابات بغياب سبب عضوى ، مثل حالات الارتجاج أو الهذيان أو الخرف .

ويلاحظ أن الحيرة والانشغال وعدم الانتباه للحوار المباشر أعراض موجودة، ولكن إذا كانت من الشدة أو مستمرة بدرجة تشير إلى احتمال هذيان أو خرف عضوى، عندئذ يجب تأجيل التشخيص إلى أن توضح الأبحاث أو الملاحظة هذه النقطة . كذلك لايجوز تشخيص هذا الاضطراب فى وجود تسمم واضح بعقار أو كحول .

ومع ذلك .. فإن الظهور الحديث لزيادة خفيفة فى تعاطى الكحول أو الماريجوانا (القنب) على سبيل المثال، دون دليل على تسمم شديد أو عدم اهتداء (موه التعرف والادراك) ، لاينبغى أن يستبعد تشخيص واحد من هذه الاضطرابات الذهانية الحادة .

ولانستطيع تحديد النقطة المهمة الخاصة بمعايير الثمانى والأربعين ساعة والأسبوعين ، باعتبارها أوقات أقصى الشدة والاضطراب ، ولكن باعتبارها الأوقات التى تتضح عندها الأعراض الذهانية ، وتتعارض مع بعض أوجه الحياة العامة والعمل على الأقل . أما أقصى درجة من الاضطراب فقد تحدث متأخرة فى الحالتين؛ لذا يجب أن يكون الاضطراب والأعراض واضحين فى خلال الأوقات المذكورة ؛ مما يجعل الشخص يلجأ للمساعدة أو للعلاج فى إحدى المؤسسات.

أما فترات بوادر المرض الأولى من قلق أو اكتئاب أو انسحاب اجتماعى أو

سلوك اجتماعى أو سلوك غير طبيعى بدرجة خفيفة ، فهى لاتؤهل للإدراج فى هذه المدد الزمنية .

ويجب الإشارة إلى ما إذا كان الاضطراب الذهانى الحاد مصحوباً بكرب حاد أم لا .

ويتضمن كلاً من : فصام حاد (غير مميز) ، هبة ذهانية ، ذهان دورى ، فصام حالم أو سباتى ، استجابة بارانويدية (زورانية) ، ذهان نفسى المنشأ (بارانويدى) زورانى ، ذهان تفاعلى ، استجابة فصامية ، نوبة فصامية الشكل أو ذهان فصامى الشكل .

أ- اضطراب ذهانى حاد متعدد الأشكال (دون أعراض فصام)

Acute Polymorpic Psychotic Disorder Without Symptoms of Schizophrenia

اضطراب ذهانى حاد، تتضح فيه الهلاوس والضلالات والاختلالات الادراكية، وكلها شديدة التباين ، وتتغير من يوم إلى يوم أو حتى من ساعة إلى ساعة، كذلك يكثر وجود اهتياج فى المشاعر مع أحساسيس شديدة عابرة بالسعادة والنشوة أو القلق والنزق . هذه الصورة الإكلينيكية السريرية المتغيرة والمتعددة الأشكال وغير الثابتة سمة مميزة للاضطراب . والسمات الفصامية فيها ليست كافية لتشخيص فصام، وغالبا ما تكون بداية هذه الاضطرابات مباغتة ؛ إذ إنها تكتمل غالبا بسرعة فى خلال بضعة أيام ، وغالبا ما تختفى الأعراض بسرعة أيضا دون عودة .

أما إذا استمرت الأعراض ، عندئذ يجب أن يغير التشخيص إلى اضطراب مستمر.

مؤشرات تشخيصية :

يجب توافر الآتى لتأكيد التشخيص :

١- يجب أن تكون البداية حادة (من حالة غير ذهانية إلى حالة ذهانية بشكل واضح فى خلال أسبوعين أو أقل) .

٢- يجب أن توجد عدة أنواع من الهلاوس أو الضلالات ، تتغير من حيث النوع والشدة من يوم إلى آخر أو خلال اليوم نفسه .

٣- يجب كذلك أن توجد حالة انفعالية متباينة .

٤- لايجود لأى من الأعراض، على الرغم من تبايدها ، أن يتواجد بتماسك كافٍ بحيث يستوفى معايير الفصام أو نوبة هوس أو نوبة اكتئابية .

ب- اضطراب ذهانى حاد متعدد الأشكال مع أعراض فصام

Acute Polymorphic Psychotic Disorder with Symptoms of Schizo-:phrenia

اضطراب ذهانى حاد ، يستوفى الصورة السريرية المتعددة الأشكال وغير الثابتة كما وصفت ، ولكنه على الرغم من عدم الثبات هذا قد يتضمن فى أغلب الأوقات بعض الأعراض النموذجية للفصام . وإذا استمرت الأعراض الفصامية أكثر من شهر ، وجب تغيير التشخيص إلى فصام .

جـ- اضطراب ذهانى مثيل الفصام :

Acute Schizophrenia - like Psychotic Disorder

اضطراب ذهانى حاد به أعراض ذهانية ثابتة نسبياً ، ويستوفى معايير الفصام، ولكنه استمر لفترة تقل عن شهر ، ويفتقد إلى السمات متعددة الشكل غير الثابتة ، وإذا استمرت الأعراض الفصامية أكثر من شهر ، يجب تبديل التشخيص إلى فصام .

ويتضمن كلاً من : فصام حاد (غير مزمن) ، نوبة فصامية ، استجابة فصامية، اضطراب فصامى الشكل ، ذهان فصامى الشكل .

ولتأكيد التشخيص :

١- يجب أن تكون بداية الأعراض الذهانية حادة (أسبوعين أو أقل للانتقال من حالة غير ذهانية إلى حالة ذهانية واضحة) .

٢- يجب أن تتواجد الأعراض التى تستوفى معايير الفصام فى أغلب الوقت، منذ أن تستقر صورة سريرية ذهانية واضحة .

د- اضطراب ذهانى حاد ضلالى فى الأغلب

Other Acute Predominantly Delusional Disorder

اضطراب ذهانى حاد ، سماته السريرية الأساسية هى ضلالات أو هلاوس ثابتة نسبيا ، ولكنها لاتستوفى معايير الفصام ، وعادة ما تكون الضلالات حول الاضطهاد أو الإشارة والهلاوس غالبا سمعية (أصوات تتحدث مباشرة مع المريض) .

تتخلص المؤشرات المؤكدة للتشخيص فى الآتى :

١- يجب أن تكون بداية الأعراض الذهانية حادة (أسبوعين أو أقل للانتقال من حالة غير ذهانية إلى حالة ذهانية واضحة) .

٢- يجب أن تتواجد الضلالات أو الهلاوس فى أغلب الوقت ، منذ أن تستقر صورة ذهانية واضحة .

٣- معايير الفصام والاضطراب الذهانى الحاد المتعدد الأشكال غير مستوفاة . وإذا استمرت الضلالات أكثر من ثلاث شهور ، يجب أن يغير التشخيص إلى اضطراب ضلالى مستمر .

ويتضمن كلاً من: استجابة بارانويدية (زورانية) ، ذهان بارانويدى (زورانى) نفسى المنشأ .

هـ- اضطرابات ذهانية حادة وعابرة أخرى

Other Acute and Transient Psychotic Disorders

تدرج هنا الاضطرابات الذهانية الحادة الأخرى ، التى لاتقبل التصنيف تحت أى من الاضطرابات الأخرى (مثل الحالات الذهانية الحادة التى تحدث فيها ضلالات وهلاوس أكيدة ، ولكنها تستمر لفترة قصيرة من الوقت) ، كذلك يرمز هنا لحالات الهياج غير المميز ؛ خاصة إذا لم تتوافر معلومات أكثر عن تفاصيل حالة المريض العقلية ، طالما أن هناك دليلاً على عدم وجود سبب عضوى .

٥- اضطراب ضلالى مستحث (الذهان المشترك أو مشاطرة الذهان)

Induced Delusional Disorder (Shared Paranoid Disorder)

هو اضطراب ضلالى نادر يتقاسمه شخصين، تربطهما روابط عاطفية وثيقة، ويعانى أحد الطرفين فقط من اضطراب ذهانى أصيل، وتفرض الضلالات على الطرف الثانى (الأطراف الأخرى) ، وعادة ما يتم التنازل عنها فى حالة الفصل بين الاثنين ، وعادة مايكون المرض الذهانى فى الطرف المهيمن من النوع الفصامى ، ولكن ليس ذلك ضرورياً ، وعادة ما تكون الضلالات مزمنة من نوع الاضطهاد أو العظمة أحيانا .

وقد تصيب الحالة أكثر من شخصين فى الأسرة ، وتنتقل الاعتقادات الضلالية بهذا الشكل فى ظروف غير عادية ، وغالباً ماتكون العلاقة بين الشخصين وثيقة

بشكل مبالغ فيه ، كما يكونان عادة فى عزلة عن الآخرين ، إما نتيجة للغة أو للثقافة أو للجغرافيا ؛ ولذا فإن الشخص الذى ينتقل إليه الضلالات يكون عادة معتمداً على زميله ذى الذهان الأصلى أو تابعا له .

ويجب أن يستخدم تشخيص اضطراب ضلالى مستحدث فقط فى الحالات التالية :

١– إذا تقاسم شخصان الضلالات أو منظومة الضلالات نفسها ، مؤيداً أحدهما الآخر فى هذا الاعتقاد .

٢– إذا كانت بينهما علاقة وثيقة بدرجة غير عادية من النوع الموصوف أعلاه .

٣– إذا كان هناك دليل زمنى أو أى دليل موضوعى آخر على أن الضلالة، قد انتقلت إلى الطرف السلبى بواسطة التعامل مع الطرف الفعال .

ومن غير المعتاد أن تنقل الهلاوس ، وإن كانت لاتنفى التشخيص . ولكن إذا كان هناك من الأسباب مايدعو إلى الاعتقاد بأن الشخصيين المقيمين معاً يعانيان من اضطرابين ذهانيين مستقلين ، فلا يجب تصنيف أى منهما هنا ؛ حتى إذا اشتركا فى بعض الضلالات .

ويتضمن **كلاً من** : الذهان (الجنون) الثنائى ، اضطراب بارانويدى (زورانى) مستحدث، اضطراب ذهانى مستحث .

٦– اضطراب الفصام الوجدانى Schizoaffective Disorders:

إضطرابات نوابية تظهر فيها أعراض وجدانية وفصامية ، وتبرز فى نوبة المرض نفسها (ويفضل فى الوقت نفسه)؛ بحيث لاتسمح نوبة المرض باستخدام تشخيص فصام أو نوبة اكتئابية أو نوبة هوس ، وقد صنفت فى فئة مستقلة ؛ لأنها أكثر شيوعاً من أن يتم تجاهلها، وقد كانت أضيفت سابقاً إلى اضطرابات المزاج ؛ لأن الدلائل السريرية والوراثية الحالية تشير إلى أنها تتشابه فى معظم الأوجه مع اضطرابات المزاج أكثر منها مع الفصام .

أما الحالات الأخرى التى تضاف فيها الأعراض الوجدانية على مرض فصامى سابق ، أو الحالات التى يتزامن فيها وجود الأعراض الوجدانية ، أو يتناوب مع أنواع أخرى من الاضطرابات الضلالية المستمرة .. فتصنف تحت الفئة المناسبة،

أما الضلالات أو الهلاوس غير المتناسبة مع المزاج فى الاضطرابات الوجدانية .. فإنها لاتجيز فى حد ذاتها تشخيص اضطراب فصام وجدانى .

والمرضى الذين يعانون من نوبات فصام وجدانى متكررة ، خاصة أولئك ذوى الأعراض الفصامية الهوسية أكثر من الفصام الاكتئابية ، عادة مايشفون تماماً ، ونادراً مايظهرون عيوباً متبقية .

ويجب استخدام تشخيص الفصام الوجدانى فقط ، عندما تكون كل من الأعراض الفصامية والأعراض الوجدانية المؤكدة متساوية فى الوضوح ، متزامنة فى التواجد ، وعندما يترتب على ذلك ألا تستوفى نوبة المرض شروط الفصام أو شروط نوبة الاكتئاب أو الهوس .

ولايجب استخدام المصطلح بالنسبة للمرضى، الذين يظهرون أعراضاً فصامية وأعراضاً وجدانية فقط فى نوبات مختلفة من المرض؛ فمن الشائع – على سبيل المثال – أن يظهر الفصاميون أعراضاً اكتئابية عقب نوبة ذهانية (انظر اكتئاب ما بعد الفصام) . وقد يصاب بعض المرضى بنوبات فصام وجدانى متكررة تكون إما فصاماً هوسياً أو فصاماً اكتئابياً أو مزيجاً من الاثنين .

وقد يصاب البعض بنوبة أو اثنتين من الفصام الوجدانى ، تتخلل نوبات نموذجية من الهوس أو الاكتئاب . وفى الحالة الأولى يكون التشخيص المناسب هو اضطراب فصام وجدانى ، ولكن ذلك لايمنع من حدوث نوبة فصام وجدانى واحدة ثم تشخيص اضطراب وجدانى ثنائى القطب أو اضطراب اكتئابى متكرر ، إذا كانت الصورة السريرية نموذجية فى جوانب أخرى .

أ- اضطراب فصام وجدانى ، (نوع الهوس)

Schizoaffective Disorder, Manic Type

وهو اضطراب تبرز فيه كل من الأعراض الفصامية وأعراض الهوس فى النوبة نفسها، ويأخذ عادة اضطراب المزاج شكل ابتهاج ، يصاحبه ارتفاع فى تقدير الذات وأفكار عظمة . ولكن أحيانا يكون الاهتياج أو النزق أكثر وضوحاً مصحوباً بسلوك عدوانى وأفكار اضطهاد .

وتتميز الحالات بزيادة فى الطاقة ، وفرط فى النشاط واضطراب فى التركيز وتجاوز للحدود الاجتماعية اللائقة . كما قد تكون هناك ضلالات إشارة أو عظمة أو اضطهاد ، ولكن من الضرورى وجود أعراض فصامية أكثر نموذجية ؛ للتأكد من

التشخيص، فقد يصر الشخص على سبيل المثال على أن هناك من يذيع أفكاره أو يتدخل فيها أو أن قوى غريبة تحاول أن تتحكم فيه ، أو قد يذكر أنه يسمع أصواتا من مختلف الأنواع ، أو قد يعبر عن أفكار ضلالية غريبة ، وليست مجرد ضلالات عظمة أو اضطهاد .

وكثيراً مانحتاج إلى استجواب شديد العناية ؛ لنتأكد من أن الشخص يعيش هذه الظواهر المرضية فعلاً ، وأنه لايمزح أو يتكلم مجازيا . وأمراض الفصام هوسية النوع عادة ماتكون ذهانات متفاقمة لها بداية حادة ، وعلى الرغم من الاضطرابات الشديدة فى السلوك .. إلا أن القاعدة هى الشفاء الكامل خلال بضعة أسابيع .

ويجب أن يكون هناك ارتفاع مرضى واضح فى المزاج ، أو مزيج من ارتفاع بسيط فى المزاج مع نزق متزايد أو اهتياج ، ويجب أن يتواجد أثناء النوبة نفسها وبوضوح مرة واحدة على الأقل ، وبفصل اثنان من الأعراض الفصامية النموذجية .

ب- اضطراب فصام وجدانى ، اكتئابى النوع

Schizoaffective Disorder, Depressive Type

هو اضطراب تبرز فيه كل من الأعراض الفصامية والاكتئابية فى نوبة المرض نفسها ، ويصاحب اكتئاب المزاج عادة عدة أعراض اكتئابية مميزة أو سلوكيات غير طبيعية ، مثل : البطء ، الأرق ، فقدان الطاقة، فقدان الشهية أو الوزن ، انخفاض فى الاهتمامات الطبيعية ، اضطراب فى التركيز ، شعور بالذنب وأحساسيس بفقدان الأمل وأفكار انتحارية . وفى الوقت نفسه توجد أيضاً أعراض فصامية نموذجية أخرى ، فعلى سبيل المثال ، قد يصر الشخص أن جهة ماتذيع أفكاره أو تتدخل فيها ، وأن قوى غريبة أخرى تحاول التحكم فيه .

وقد يكون مقتنعا بأنه يتم التجسس عليه ، أو التآمر ضده ، وأن سلوكه الخاص لايبرر هذه الظواهر ، أو قد يسمع أصواتاً لاتقتصر على الاستخفاف أو الاتهام فقط ، ولكنها تتكلم عن قتله وتناقش سلوكه فيما بينها، وتكون نوبات الفصام الاكتئابى عادة أقل تفاقماً وإنذاراً من النوبات هوسية النوع ، ولكنها تميل إلى الاستمرار فترة أطول ، كما أن مآلها أقل جودة .

وعلى الرغم من أن الأغلبية يشفون تماماً ؛ إلا أن معظمهم يظهرون مع الوقت عيوبا فصامية متبقية .

وهنا يجب أن يكون الاكتئاب واضحاً ، ويصاحبه على الأقل عرضان من

الأعراض الاكتئابية المميزة أو سلوكيات غريبة كالمذكورة تحت نوبات اكتئابية، ويشترط وجود واضح لواحدة على الأقل، ويفضل اثنتان من الأعراض الفصامية النموذجية .

جـ- اضطراب فصام وجدانى ، النوع المختلط

Schizoaffective Disorder, Mixed Type

يرمز هنا إلى الاضطرابات التى تتواجد فيها أعراض ذهانية فى الوقت نفسه، مع اضطراب وجدانى ثنائى القطب مختلط .

٧- اضطرابات فصامية غير عضوية أخرى وغير محددة

Other Nonorganic Psychotic Disorders

يصنف هنا :

اضطرابات ضلالية أو هلوسية ، لاتستوفى معايير تشخيص الفصام أو اضطراب ضلالي مستمر ، أو اضطرابات ذهانية حادة وعابرة أو الأنواع الذهانية من نوبات الهوس ، أونوبة اكتئابية شديدة .

زملات إكلينيكية ذهانية أخري

أ- الذهان النوابى : Cycloid psychoses، وقد قسمه ليونارد ١٩٦١ إلى:

١- ذهان القلق والنشوة :

وهى نوبات شديدة من القلق أو من المرح والطرب مصحوبة بضلالات الأهمية وبعض الهلاوس ، ويتضح فى هذا الذهان أن جميع الأعراض نابعة من اضطراب أولى فى المزاج .

٢- ذهان الخلط العقلى :

ويعانى المريض هنا من نوبات متكررة من الاختلاط العقلى واضطرابات التفكير ، دون تأثير على الوجدان أو القدرة الحركية .

٣- الذهان الحركى :

وأهم ما يميزه الاضطراب الحركى ، الذى يتراوح بين كثرة الحركة إلى انعدامها .

ومن الصعوبة فصل الذهان النوابى عن الفصام الوجدانى أو الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب ، والذى يتميز أيضا بنوبات متكررة من اضطرابات الوجدان

والتفكير والقدرة الحركية . ولكن يعتقد ليونارد أنه نوع منفصل من الفصام غير المميز.

ب- الذهان النفسي أو الذهان شبه الفصامي

Psychogenic Psychoses - Schizophreniform Psychoses

يهتم الأطباء الاسكندنافيون بهذا التشخيص اعتقاداً منهم بأن كثيرا من حالات الذهان تبدأ بعد إجهاد نفسي أو صدمة انفعالية ، ثم تشفى مع بعض العلاج البسيط وتغيير البيئة، ولاتسير إلى تدهور كما هو الحال في حالات الفصام العادية.

وقد أطلق اسم الذهان النفسي أو الذهان شبه الفصامي على مثل هذه الحالات ، التي تبدأ بأعراض ذهانية بعد أسباب نفسية قوية ، وقد لاحظت ذلك واضحاً في كثير من الطلبة ، الذين يدرسون في الخارج ويعانون من الحرمان العائلي ، وإرهاق الاستذكار والمنافسة الشديدة والغيبة عن الوطن .

وبعد فترة من هذا الإجهاد ، يبدأون في المعاناة من أعراض ذهانية وضلالات اضطهادية واضطرابات في التفكير ، وعند عودتهم للوطن مع العلاج البسيط يشفون تماماً ، ولايتعرضون للنكسات أو مصير مرض الفصام ، ونستطيع تصنيف هذا الاضطراب حالياً تحت ذهان حاد عابر مع أعراض فصامية .

وقد قام المؤلف ببحث في لندن نشر في عام ١٩٦٤ عن المهاجرين الملونين إلى بريطانيا ، ووجد أن نسبة كبيرة منهم تعاني من هذا الذهان ، والذي يتميز خاصة مع أعراض الذهان العادية ببعض الارتباك والتشوش في الوعي والاختلاط العقلي .

جـ- الفصام شبه العصابي Pseudoneurotic Schizophrenia

وصف هوخ Hoch ١٩٤٩ نوعا من الفصام ، يبدأ بأعراض عصابية ولكن الانسحاب من الواقع والبعد عن الحقيقة أكثر مما يحدث في العصاب ، وتكون هذه الأعراض في هيئة سلوك هستيري غامض أو أعراض قهرية شاذة ، أو أحيانا أعراض شديدة من القلق النفسي ، أو التوهم المرضي . وقد سبق ذكر ذلك مع الفصام الهيبفريني . وبالمتابعة لمدة طويلة ، تتحول هذه الحالات شبه العصابية إلى الفصام بأعراضه الكلاسيكية ، ويكون شمول هذا النوع مع الفصام الكامن أو الاستهلالي أو الاضطرابات فصامية الطبع .

د- الفصام المطعم Grafted :

وهو مرض يجمع بين الفصام والقصور العقلى ، ويجب الحرص فى تشخيص الفصام مع التخلف العقلى ؛ نظراً لأن المصابين بالتخلف العقلى يعانون من فقر شديد فى محتوى التفكير ، مع استجابتهم لأى إجهاد بأعراض هستيرية تتخللها الهلاوس المخيفة والتوهم المرضى الشديد ؛ مما يجعل الفرد يميل إلى تشخيص الفصام بسهولة؛ حيث إن الأعراض العصابية فى القصور العقلى تتشابه مع الأعراض الذهانية .. يزيد على ذلك أنه يصعب تشخيص الفصام فى حالات القصور العقلى ، على أساس الاعتماد على اضطرابات الوجدان والتفكير حيث إنهما يتشابهان فى المرضين ؛ ولذا يجب التأكد تماماً ووضع المريض تحت الملاحظة قبل تشخيص الفصام المطعم .

هـ- فصام الطفولة :

وسوف نشرحه بالتفصيل مع أمراض الطفولة .

مآل ومسار مرض الفصام :

إنه لمن العسير التنبؤ الصحيح بما سيحدث لمريض الفصام إلا إذا أخذنا عدة عوامل فى الاعتبار كالسن ، والبداية والعوامل المساعدة ، والوراثة ، والشخصية والأعراض ... إلخ ، كما سنشرح بالتفصيل ، ونواجه القصور نفسه فى تقييم مسار المرض ، للأسباب الآتية :

١- اختلاف الباحثين فى تقييم نتائجهم بالنسبة للشفاء أعنى هل هو شفاء من الأعراض الإكلينيكية أم هو شفاء اجتماعى وعودة للحياة الطبيعية؟ أم هو شفاء الأعراض وشفاء اجتماعى؟

٢- الفصام مرض يتميز بالنكسات ونوبات دورية وأحيانا يصبح مزمناً ، ولذا إذا ذكرنا شفاء بعد ٤ سنوات ، فقد يحتمل حدوث النكسة بعد ١٠ سنوات .

٣- يختلف المرض فى استجابته للعلاج تبعاً لنوع الفصام ، وعدة عوامل أخرى مما يجعل تقييم المرض عسيراً ؛ حيث إن العوامل المتداخلة كثيرة جدا .

٤- يستمر بعض المرضى على العقاقير لمدة سنوات ، وطوال تناولهم العقار يظلون فى حالة توافق ونشاط اجتماعى ، ولكننا لانستطيع أن نقيمهم بأنه قد تم شفاؤهم ، نظراً لأن نسبة كبيرة تنتكس بعد توقف العلاج .

٥- يتخلف مريض الفصام ببعض آثار الأعراض بعد كل نوبة ، وبالتالى إذا نظرنا إلى مصير المرض بعد ٥ أو ٦ نكسات ، فهو يختلف تماما عن الفصامى الذى عانى من نوبة واحدة .

ويتجه مريض الفصام عادة إلى التدهور البطئ إذا لم يعالج فى بدءالأمر ، وقد أثرت العلاجات الحديثة فى مصير المرض ودرجة التوافق الاجتماعى للمريض بشكل ملحوظ ، مع خفض المدة التى يمكثها المريض فى المستشفى، وإذا نظرنا إلى مصير المرض قبل الثورة العلاجية فى الطب النفسى .. نجد أن النسب تتراوح كالآتى :

- ربع المرضى يشفون تماماً .
- ربع المرضى يعانون من أعراض متبقية ، على الرغم من الشفاء الاجتماعى.
- ربع المرضى فى حالة مستمرة من الأعراض الإكلينيكية وعدم التوافق الاجتماعى .
- ربع المرضى يتدهورون تدريجيا ، وينتهون فى مستشفيات الأمراض العقلية.

تعكس هذه النسب نظرة تشاؤمية لمصير المرض، ولكن الأبحاث الحديثة مع تقدم العلاج تعطى نتائج مختلفة ، فقد وجد كيلى وسارجنت ١٩٦٥ النتائج التالية، بعد سنتين من المتابعة لبعض حالات الفصام ، التى عولجت بالعقاقير والكهرباء ؛ خاصة إذا قورنت بحالات الفصام التى عولجت من قبل بغيبوبة الأنسولين والكهرباء .

	قبل العقاقير	بعد العقاقير
نسبة المرضي نزيلي مستشفيات الأمراض العقلية	٣١٪	٧٪
مدة الإقامة بالمستشفي	١٠,٧ أسابيع	٦,٧ أسابيع
التوافق الاجتماعي	٤٦٪	٦٧٪
الاعتماد علي الغير	١٨٪	٢,٦٪
أعراض ذهانية واضحة	٥١٪	٢٦٪
شفاء	٣١٪	٣٦٪

ويتضح هنا أن ثورة العقاقير الطبية فى علاج الفصام ، قد أفادت خاصة فى خفض نسبة المزمنين من المرضى، وطول مدة البقاء فى المستشفى ، وساعدت على التوافق الاجتماعى والاستقلال الذاتى والاعتماد على النفس .

وقد وجد بلويلر ١٩٧٢ فى متابعة لمدة ٢٢ سنة أن التحسن يظهر فى حوالى ٣/٢ أو ٤/٣ المرضى ، أما البقية فتتدهور ويندر شفاؤها، ونادراً ما يتحسن أو يتوافق أكثر من ٥/١ الفئة الأخيرة .

وإذا أخذنا متوسط عديد من الأبحاث والمتابعة لمدد تتراوح ما بين ٥ - ٢٠ سنة ، نجد أن مآل اضطراب الفصام تحسن وشفاء وجودة الحياة مع استيعاب المريض فى المجتمع والأسرة والعمل ، فى حوالى ٧٠٪ من الحالات، أما متوسط الشفاء والتحسن بعد النوبة الأولى فهو حوالى ٨٠٪، ويؤول ذلك إلى العلاج الكيميائى والأسرى ، وتدريب المهارات الاجتماعية وانخفاض مدة المكوث بالمستشفى.

ونستطيع تلخيص مآل المرض ، ونحن على مشارف القرن الواحد والعشرين أن حوالى ٢٥٪ من مرضى الفصام يشفون بعد النوبة الأولى ، ولايصابون بالمرض طوال حياتهم ، وأن ٥٠٪ معرضين لبعض النكسات ، وأن ٢٥٪ لايستجيبون للعلاج ويعيشون بأعراض متبقية ، ولكن مع العلاج الحديث يمكن استيعابهم فى المجتمع .

وأهم العوامل التى تلعب دوراً مهماً فى مآل المرض ، هى :

١- العمر عند بدء المرض :

كلما ظهر المرض فى سن مبكرة وفى سن المراهقة ، قلت نسبة الشفاء نظرا لعدم نضوج وتكامل الشخصية فى هذا السن، بعكس هؤلاء المرضى ، الذين يظهر المرض عليهم بعد سن الثلاثين ، ففرصتهم فى الشفاء تتزايد كلما نضجت الشخصية.

٢- الذكاء :

يساعد الذكاء على سرعة الشفاء فكلما زاد ذكاء المريض ، زادت فرصته فى الشفاء، أما المتخلفون عقليا الذين أصيبوا بالفصام (الفصام المطعم)، فتقل نسبة شفائهم بشكل واضح .

٣- التكوين الجسمى :

تزيد فرصة التحسن والشفاء فى هؤلاء المرضى الذين يميلون للبدانة ، أو ما يسمى بالمكون الجسمى المكتنز ، وتقل النسبة فى الجسم الواهن النحيف .

٤- الشخصية :

يتحسن المرضى ذو الشخصية المتكاملة السوية قبل المرض، أما هؤلاء ذو الشخصية الشبفصامية أو الانطوائية أو العصابية أو غير الناضجة فتقل نسبة تحسنهم ، حيث إنهم يعودون بعد شفائهم للشخصية المرضية .

٥- بدء المرض :

إن نسبة الشفاء عندما يبدأ المرض فجأة تصل نسبته إلى ٥١ ٪ ، إذا قورنت بهؤلاء الذين يزحف عليهم المرض تدريجيا ؛ حيث تنخفض نسبة الشفاء إلى ٢١ ٪.

٦- العوامل الحافزة أو المساعدة للمرض :

ذكرنا سابقاً أنه كثيراً ما يبدأ الفصام بعد عوامل حافزة جسمية أو نفسية ، وقد لوحظ من الخبرة الإكلينيكية أن نسبة الشفاء تزيد عندما يسبب المرض أحد هذه العوامل، نظراً لأهمية العامل البيئى هنا فى نشأة المرض ، أما فى هؤلاء المرضى الذين يظهر عليهم المرض دون مسببات خارجية أو داخلية ، فهنا تقل نسبة الشفاء حيث إن العامل البيولوجى والوراثى يلعب دوراً مهماً .

٧- التاريخ العائلى :

يحسّن وجود تاريخ عائلى للذهان الوجدانى (الاكتئاب) نسبة الشفاء ، أما إذا كانت العائلة مشحونة بتاريخ الفصام ، فهنا تنخفض فرصة المريض فى التحسن .

٨- الأعراض الإكلينيكية :

يختلف مصير المرض تبعاً لنوع الفصام ، ويجمع البعض على أن مآل الفصام الكتاتونى والبارانويدى أفضل من الفصام البسيط والفصام الهيبفريني. ومن الأعراض المهمة التى تزيد من نسبة الشفاء، وتشير إلى التحسن وجود أعراض وجدانية قوية سواء اكتئاب أو ابتهاج ، كذلك بعض تشوش الوعى ، أما الأعراض التى تحمل مصيراً سيئاً ، فأهمها تبلد أو تجمد الانفعال ، واختلال الأنية والعالم الخارجى .

٩- الحالة الاجتماعية والأسرية :

تدل أبحاث براون ١٩٦٣ وولف ١٩٧٧ على أن خروج المرضى من المستشفى بعد تحسنهم إلى عائلات على درجة عالية من التورط أو الاستغراق أو التعبير الانفعالى Emotional Expression سواء الزائد أو النفور ، يحمل فى حد ذاته أثراً سيئاً أو يزيد من نسبة النكسات ، أو عودة هؤلاء المرضى للمستشفى . ونعنى بالتورط

الانفعالى ، الشحنات الوجدانية القوية سواء بالحنان أو العدوان أو النقد أو الحماية الزائدة .. فقد وجد أن ٧٦٪ من هؤلاء الذين اختلطوا بعد خروجهم من المستشفى بعائلتهم ذات التورط الانفعالى العالى، قد تدهورت حالتهم، إذا قورنت بـ ٢٨٪ من المرضى ذوى العائلات السوية انفعاليا ، ولو أن هذا العامل فى مصر ليست له الأهمية الواضحة ، كما هو فى الغرب (عكاشة - ولسون ١٩٩٦) .

ومرض الفصام لايؤدى إلى الوفاة ، ولكن وجد أن فترة حياة الفصاميين تقل ٣/ ٤ عن فترة حياة المجموع العام ، ولانستطيع تحديد سبب ذلك تفصيليا ، ولكن مثلا كان مرض الدرن الذى ينتشر بين مرضى الفصام بنسبة تزيد أربع أو خمس مرات من التعداد السكانى أحد أسباب هذه الوفاة المبكرة ، وأحياناً ينتشر بين هؤلاء المرضى اضطرابات الجهاز الدورى ، وأمراض الكلى ، ثم الكتاتونيا الحادة، التى إذا أهملت تؤدى فى حد ذاتها إلى الوفاة . ولكن مع تقدم الوعى الصحى ، فقد قلت هذه النسبة عما قبل ، أما محاولات الانتحار بين الفصاميين فتصل إلى مابين ١٣- ٢٢٪ من الحالات ، أما الانتحار الناجح فيتراوح ما بين ٥ - ١٠٪ خاصة فى بداية المرض ، والحالات الحادة .

وقد لوحظ أخيراً أن نسبة أمراض القلب والرئة ، والجهاز الهضمى تزيد فى المرضى الفصاميين عنه فى التعداد العام للسكان وللأسف يتم تجاهل هذه الأمراض.

التشخيص الفارق

سبق أن ذكرنا فى أسباب الفصام عدة عوامل جسمية وغدية وكيميائية وعضوية ، ولذا يجب قبل تشخيص الفصام التأكد تماما من سلامة جميع أجهزة الجسم ، حتى لاتكون هذه الأعراض الفصامية ثانوية لمرض عضوى أو عقلى آخر .

ومن أهم الأمراض التى يجب تفرقتها عن الفصام الآتى :

١ - أمراض المخ العضوية :

أ- أورام الفص الجبهى والصدغى فى المخ وتصلب شرايين المخ :

تؤدى هذه الأورام والأمراض إلى أعراض اضطرابات فى التفكير والوجدان والسلوك ، شبيهة لما يحدث فى مرض الفصام ، ولكن عادة ما تصاحبها علامات عضوية فى الجهاز العصبى مع تشوش فى الوعى ، وتدهور فى الملكات العقلية خاصة الذاكرة والتعرف ، والتى عادة ما تكون سليمة فى الفصام ، يزيد على ذلك التفرقة بواسطة أشعة الجمجمة والأشعة الملونة لشرايين المخ ، ورسم المخ والأشعة المقطعية

والرنين المغناطيسي والتعرف ، والاستبصار .

ب- زهرى الجهاز العصبى :

ويبدأ بعد حوالى من ١٠ - ١٥ عاماً من الإصابة بمرض الزهرى التناسلى ، وأحياناً ما تظهر أعراض فصامية لايمكن تفرقتها عن مرض الفصام إلا بالفحص الإكلينيكى الدقيق على الجهاز العصبى خاصة المسارات الهرمية وحدقة العين والانعكاسات العميقة مع تحليلات للدم وللسائل الشوكى ، كذلك يصاب مريض الزهرى بتدهور فى الذاكرة والتعرف والاستبصار وبعض التشوش فى الوعى، ويعد هذا المرض نادراً الآن وظهر مكانه مرض الإيدز .

جـ- الحمى المخية :

يتخلف الكثير من المرضى بعد اصابتهم بالحمى المخية ببعض الأعراض العقلية والجسمية ، والتى أهمها بطء العمليات العقلية وبعض التبلد الانفعالى ، وأحياناً بعض الأعراض الكتاتونية ، والتى يحتمل اختلاطها وصعوبة تفرقتها عن مرض الفصام . ولكن تاريخ المرض وارتفاع درجة الحرارة مع غياب أعراض اضطراب التفكير والهلاوس والهذاءات المنسقة تجعلنا نتجه فى التشخيص نحو الاتجاه الصحيح ؛ خاصة مع ظهور العلامات العضوية الخاصة .

د- الصرع :

سبق أن ذكرنا أن أعراضاً شبيهة تماما بالفصام تظهر مع الصرع ؛ خاصة النوع المسمى بالصرع النفسى الحركى ، وتصعب التفرقة حينئذ بين الفصام والصرع نظراً للتشابه القوى فى الأعراض ، إلا بوجود تاريخ النوبات الصرعية ، ويعتقد البعض فى وجود بعض الفروق المهمة حيث إنه فى الصرع يكون الانفعال دافئاً ، غير متبلد . وعادة ما تصحب الأعراض نظرة دينية ولا يتدهور اجتماعيا، كما هو الحال فى حالات الفصام .

ويفيد رسام المخ الكهربائى فى تحديد نوع الصرع ، وتفرقته عن الفصام .

هـ- مرض نقص المناعة (الإيدز) :

حيث يصاحب أعراض الفصام خلل فى الملكات العقلية والذاكرة مع علامات فى الجهاز العصبى ، وإيجابية تحليل الدم لفيروس الإيدز.

٢- الذهان العضوى :

أ- تؤدى بعض الحميات مثل الصفراء والتيفود ، والملاريا ، إلى هذيان حاد أو

تحت الحاد ، وتتشابه أعراض هذا الهذيان مع الفصام ، ولكن بالطبع ارتفاع درجة الحرارة والحالة الجسمية وتشوش الوعى يشير إلى المرض الأولى .

ب- ذهان الولادة ويأخذ عدة مظاهر من هذيان حاد إلى اضطراب وجدانى إلى أعراض فصامية ، وهنا يعطينا تاريخ الولادة الضوء الكافى للتشخيص.

جـ- أمراض الغدد الصماء : تظهر أعراض فصامية مع كثير من اضطرابات الهرمونات كمرض كشنج وأديسون ونقص الغدة الدرقية وعلاج الكورتيزون ؛ ولذا يجب فحص هذه الغدد قبل تشخيص الفصام.

٣- العقاقير الكيميائية :

سبق معرفة تأثير عقاقير الهلوسة مثل ل.س.د. والمسكالين والكحول والكوكايين والهيروبين ، وأنه عادة ما يؤدى تعاطى هذه العقاقير إلى أعراض شبيهة بالفصام . ومن العقاقير المهمة التى تسبب أعراضاً فصامية عقار الامفيتامين، وهو موجود فى العقاقير التى تستعملها السيدات في تخفيض الوزن ، وقلة الشهية ، مثل : الامفيفيت والايوزان ، والبيلودين ، والتنويت . ومن خواص هذه العقاقير : زيادة درجة التنبيه واليقظة المستمرة ، وسرعة البديهة ، والأرق . ولذا يستعمله كثير من الطلبة للاستذكار فى آخر العام . ومن عيوبه الشديدة الإدمان إذ إنه يفقد مفعوله سريعاً، ومن ثم يزيد المريض من الجرعة حتى يصل إلى الكمية ، التى تسبب عنده أعراضاً عقلية . ولذا يجب سؤال المريض دائما عن تناوله لعقاقير سابقة .

وأهم الأعراض التى تفرق ذهان العقاقير المنشطة عن الفصام :

(أ) سرعة ظهور المرض .

(ب) بعض التشوش في درجة الوعى .

(جـ) كثرة الهلاوس البصرية .

(د) الخوف والقلق الشديد .

(هـ) الشفاء عند سحب العقار ، وللأسف ينكر كثير من المرضى تناولهم لهذه العقاقير ، ولكن يمكن الكشف عن ذلك بواسطة تحليل البول .

ومن العقاقير المشابهة الريتالين والمكساتون ... إلخ .

٤- الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب (ذهان الهوس والاكتئاب) :

أهم العوامل المفرقة بينه وبين الفصام الآتى :

أ- النوبات الدورية المتكررة لهذا الذهان ، ونشأة كل الأعراض ثانوية ومتآزرة مع المزاج .

ب- وجود التجاوب الانفعالى بين المريض والمعالج .

جـ- تناسب الانفعال ووجود شحنة وجدانية قوية إما اكتئابية أو انبساطية .

د- يبدأ فى سن متأخرة إلى حد ما عن الفصام .

هـ- الشخصية السابقة للمرض تتميز بالتغير المزاجى من المرح إلى الاكتئاب، مع تكوين جسمى مكتنز .

و- الشعور بالذنب ، وتأنيب الضمير ، والتقليل من قيمة الذات . أما فى حالات الفصام الوجدانى ، فتتجمع كما ذكرنا سابقاً أعراض الفصام مع الذهان الوجدانى .

ولو أن الأبحاث الحديثة وجدت تشابها واضحاً بين الفصام والإضطراب الوجدانى ثنائى القطب فى المورثات، الأعراض، المآل والعلاج .

٥- اضطرابات الشخصية :

تتشابه أعراض الشخصية أحياناً مع مرض الفصام ؛ خاصة فى حالة الشخصية العاجزة Inadequate ، مع قلة طموحاتها وانطوائها وسلبيتها وضعف إرادتها ؛ مما يجعلها تتشابه مع الفصام البسيط ، وكذلك الشخصية السيكوباتية فى اندافاعها ، وتجمد انفعالاتها ، وانحرافها .

والتفرقة هنا تستند إلى أن اضطراب الشخصية يبدأ منذ الطفولة ، أما الفصام فيعقب فترة من النضوج والسلوك السوى ، وكذلك الشخصية الحدية وفصامية الطبع .

٦- الأمراض العصابية :

يصبح من العسير أحياناً التفرقة بين بعض الاضطرابات العصابية والفصام، مثل : شبه العته الهستيرى ، والذهول الهستيرى ، والأعراض القهرية الشاذة ، وتوهم

العلل البدنية الغريب والذى أبعد المريض عن التوافق الاجتماعى . ولكن بالمتابعة ومحاولة الكشف عن اضطرابات الوجدان والتفكير، نستطيع الوصول إلى التشخيص السليم ، وكثيراً مايبدأ الفصام بأعراض عصابية .

٧- نوبات أو هوس المراهقة :

يمر معظم المراهقين بفترة من الاضطرابات ، يحاولون أثناءها تغيير علاقاتهم بالمجتمع وخاصة بالأبوين ؛ فهم فى صراع مستمر بين الاعتماد المادى والمعنوى على العائلة ورغبتهم الملحة فى الاستقلال الذاتى ، ومن هنا يبدأ المراهق فى الثورة على التقاليد ، ويتمرد على الأهل ويصبح عنيداً ، ولايقبل المناقشة ، متهماً والديه بأنهما من عصر متخلف ، وينضم إلى جماعات فلسفية أو سياسية شاذة متعصبة.

ولاتظهر أية علامات ذهانية أو أعراض فصامية على هذا المراهق أثناء محاولاته الاستقلالية ، ولكنه يكون غريب الأطوار شاذ التصرفات ، متذبذب الانفعالات ، متعدد الشخصية . ومن خلال تجارب وحصيلة هذه الاضطرابات والتوجيه السليم من الوالدين ، يبدأ المراهق فى تكوين شخصيته والنضوج بها إلى المستوى السليم .

علاج الفصام

يحتاج علاج الفصام إلى خبرة وصبر من جانب الطبيب والمريض والعائلة؛ نظرا لأنه يتطلب مدة طويلة ، ويشمل جميع أوجه الحياة من ناحية طبية وإنسانية واجتماعية واقتصادية .. إلخ .

وأهم ما يواجه الطبيب بعد تشخيصه لمرض الفصام ، هو هل سيقبل المريض العلاج؟ وهل يجب إدخاله إحدى المستشفيات ؟ ينزعج الناس عند سماعهم أن فلانا قد دخل إحدى مستشفيات الأمراض النفسية ، وتنكسر كرامة العائلة عند دخول ابنتهم المستشفى ، بل ويبدأون فى الظن أنها لن تتزوج مادام لها هذا التاريخ .

وإذا نظرنا للأمر بطريقة علمية ، لوجدنا على الفور أن الفصام مرض يوازى أى مرض جسمى وله أسبابه الوراثية ، والفسيولوجية ومؤثراته الاجتماعية وليس للمريض أو للعائلة ذنب كبير ، ولذا يجب تغيير مفهومنا عن المرض ،وعن كل الأمراض الذهانية حتى لايشعر المريض أنه عالة وعبء على المجتمع ، وأن عليه الانزواء من المجتمع حتى لايتهم بأنه خريج مستشفيات الأمراض العقلية .

يتقبل معظم الفصاميون العلاج بصدر رحب ، بل ويطلب البعض مساعدته من اضطراب التفكير والسلوك والوجدان ، ويعتمد قبول المريض للعلاج على درجة استبصاره بمرضه . أما إذا فقد تبصره فسيرفض العلاج بشدة بل سيهاجم من يتهمه بالمرض ، وهنا يجب إدخاله المستشفى للعلاج قبل استفحال المرض ، ويعالج الغالبية في العيادات الخارجية وفي وسط عائلاتهم ، ولايدخل المستشفيات إلا الفئة القليلة ذات الأعراض الحادة أو المزمنة .

وأهم الأسباب التي تجبر الطبيب على إدخال مريض الفصام المستشفى الآتي :

١- عدم استبصار المريض بأعراضه ، ورفضه العلاج بشدة .

٢- الفصام الحاد الكتاتوني .

٣- محاولات الانتحار المتعددة .

٤- العدوان المستمر على الغير وتحطيم الأثاث ... إلخ .

٥- القيام بسلوك فاضح يهدد استقرار المجتمع أو العائلة .

٦- رفض الطعام والشراب والخطورة على حالته الجسمية .

٧- الحالة الاجتماعية للمريض ، كأن يكون وحيداً ، لايمكن التأكد من انتظامه في العلاج ، أو لاتستطيع العائلة تحمله في المنزل ... إلخ .

٨- حالات الهياج الشديد أو الغيبوبة والانعزال المفرط .

ونستطيع أن نقسم علاج الفصام إلى التالي :

١- علاج وقائي .

٢- علاج نفسي فردي وجمعي وأسري .

٣- علاج اجتماعي ومهني وتأهيلي وسلوكي .

٤- علاج بالعقاقير .

٥- تدريب المهارات الاجتماعية .

٦- علاج بالكهرباء .

٧- علاج بالجراحة .

وعادة ما تمتزج عدة طرق عند علاج مريض الفصام ؛ حيث إن العلاج

يختلف تبعا لنوع الفصام وشدة الأعراض ونوعيتها والحالة الاجتماعية والعائلية ونوع عمل المريض .

ويجب أن ندرك أننا نعالج مريضاً بالفصام ، وليس اضطراب الفصام ؛ أى إن العلاج ينظم ويفصل حسب كل حالة ، ولايوجد علاج جاهز لكل الحالات .

١- علاج وقائى :

هل يمكن الوقاية من الفصام إذا عرفنا التاريخ العائلى؟ وإذا منعنا هؤلاء المهيئين وراثيا لهذا المرض من الزواج بعضهم من البعض الآخر ، هل تقل نسبة الفصام فى المجتمع العام ؟ نالت هذه الأسئلة مناقشات كثيرة ومجادلات علمية لدرجة أنه أثناء حكم النازى ، أصدر هتلر أوامر بالعقم الصناعى لكل مرضى الفصام والذهان الوجدانى والصرع ، ظناً منه أنه بذلك سيقضى على المرض وأسبابه الوراثية، وينشئ شعباً يتمتع بصحة نفسية وعقلية سوية ، ولكنه بالطبع فشل فى ذلك ؛ نظرا لأنه أحياناً مايبدأ الفصام دون تاريخ عائلى من تزاوج بعض المورثات .

وإذا أخذنا فى الاعتبار ندرة زواج الفصاميين نظراً لشخصيتهم الانطوائية وعدم توافقهم الاجتماعى، وانخفاض نسبة الإخصاب ، إذا قورنوا بالمجموع العام، مع ملاحظة أن نسبة المرض بين أولاد الفصاميين تتراوح ما بين ١٠ – ١٥ ٪ ، نستنتج من كل ذلك ضرورة النصيحة بعدم زواج الاقارب إلا من كان فى صحة جيدة ، حيث أن احتمال وجود مورثات استرجاعية يجعل زواجهما من بعض كفيلاً بظهور أطفال فصاميين ، وهذه أهم نصيحة تعطى لأقارب مرضى الفصام كوقاية لعدم زيادة نسبة المرض فى العائلة.

ويواجه الطبيب حرجاً شديداً عند مواجهته بخطيب ينوى الزواج ، وقيل له إن خطيبته أصيبت من قبل بمرض عصبى .. ومن حقه أن يعرف مدى احتمال إصابة أطفاله إذا تزوج هذه الفتاة ، ولايصح للطبيب إعطاء أية معلومات لأى فرد إلا بعد موافقة عائلة المريض نفسه ، وبالطبع لاداعى للدخول فى تفصيلات أسباب وأعراض المرض ، وتكفى هنا النصيحة بألا يزيد عدد الأطفال عن اثنين حتى يقل تعرضهم لهذا المرض .

ويجب هنا أخذ نوع الفصام فى الاعتبار ؛ لأن العوامل الوراثية تلعب دوراً أقل شدة فى الفصام البارانوى عنه فى الفصام البسيط والهيبفرينى .

أما الناحية الوقائية الأخرى فتتناول الشخصية الانطوائية الشديدة مع وجود

تاريخ عائلي للفصام ، فلا يوجد اعتراض هنا على أن التأهيل الشخصي المهني والعناية الاجتماعية قد تؤدى إلى تأجيل ظهور المرض على هذه الشخصية ، وهنا يجب أن يختار صاحب هذه الشخصية الوظيفة المناسبة لشخصيته ؛ حتى لايتعرض لإجهادات شديدة فى عمله ، مع محاولة التنفيس عن إحباطه وكبته بجميع الطرق ، وتشجيعه الدائم على الاختلاط وعدم الاستبطان الذاتى والتفكير المستمر فى نفسه .

وباتباع هذه الوسائل ، يحتمل إعطاء هذا الشخص مناعة وقوة كافية للتكيف الاجتماعى ، تمنعه من الانهيار والتعرض للمرض .

٢- علاج نفسى :

يتفق معظم الأطباء على أنه يستحيل علاج حالات الفصام الحادة والكتاتونية والبارانوية بالعلاج النفسى خاصة التحليلى ؛ نظرا لعدم استبصار المريض وضعف الأنا ؛ بحيث يصبح من العسير عمل أى تجاوب انفعالى ، والذى هو أساس العلاج النفسى ، بل ويذهب البعض إلى التطرف بالادعاء بأنه لايصح علاج مرضى الفصام بالتحليل النفسى أو العلاج النفسى طويل المدى ؛ نظراً لضرره الشديد على المريض وجعله فى حالة إعياء مستمر .

وعلى الرغم من ذلك يدعى البعض مثل روزن أنه توصل لنسبة شفاء ١٠٠ ٪ لمرضى الفصام بالعلاج النفسى الطويل ، وإعطاء الحب والحنان الكافى ، ولاشك أن هذه النسبة مبالغ فيها، وبها كثير من المغالطة العلمية والتعصب لنظرية واحدة؛ بل إن الشك يحوم حول صدق تشخيص الفصام فى هذه الحالات .

ولايمنع ذلك الأطباء وهيئة التمريض من محاولة إيجاد علاقة انفعالية إيجابية مع المريض مع احترامه وتشجيعه ، ومحاولة فهم مشاكله وصراعاته . كذلك فالعلاج النفسى الجماعى بكافة أنواعه فى المستشفيات يفيد فى مثل هذه الحالات لإعادة الثقة فى نفسه ، حيث يتبين له أنه أصيب بمرض عقلى ، ويخشى نظرة المجتمع إليه . ويبدأ ثانيا فى الانعزال ؛ مما يعرضه لنكسة أخرى والدخول فى دائرة مفرغة لاتنتهى. وهنا يجب أن يتدخل الطبيب بعد اختفاء الأعراض واستبصار المريض ، ويحاول إعادة الثقة فى ذات المريض ، وأنه يستطيع الحياة كأى مواطن عادى ؛ فالعلاج النفسى ضرورى فى دور النقاهة ، وإلا فلن يستطيع المريض مواجهة الواقع ، ومجابهة الحياة بأمل متفتح ، ويصبح لزاماً عليه الانزواء فى أحد أركان المجتمع ، دون طموح وعرضة لنكسات أخرى .

وعندما أقول العلاج النفسى .. فإننى أبتعد عن ذكر التحليل النفسى ؛ لأنه فى رأيى وفى خبرتى - فى عديد من الحالات - يضر المريض كثيراً ، ويزيد من استبطانه الذاتى ودرجة تأمله الفكرى ؛ مما يجعله دائم الشكوى وأحيانا ما يقبل ويتوافق مع أعراضه ، على الرغم من شلله الاجتماعى التام .

٣- العلاج الأسرى والسلوكى والاجتماعى :

يجب أن تستوعب عائلة المريض طبيعة المرض ، وتتحمل بعض تصرفات مريضهم وتشجعه على الاختلاط ثم عدم دفعه إلى أكثر من إمكانياته وقدراته ، فكثيراً ما نشاهد الوالد ، الذى يدفع ابنه الفصامى للاستذكار المتواصل وعقابه عن فشله الدراسى ، على الرغم من وجود اضطراب فى تفكير هذا الابن ؛ مما يجعل مواصلة الدراسة عملية مستحيلة ، بل إن كثيراً من العائلات تلفظ ابنها أو تطرده من المنزل لتصرفاته الغريبة ، دون استبصار أن هذا السلوك جزء من مرضه .

ومن أهم طرق العلاج ، ما يسمى بالعلاج المهنى ، وهو محاولة شغل المريض مهنيا أثناء وجوده بالمستشفى ؛ حسب طبيعة عمله السابق من تجارة إلى حدادة إلى أشغال يدوية إلى عرض أفلام وشرائح علمية وإعلامية ... إلخ ، وذلك حتى يهيأ لعمل يتناسب مع قدراته ومع أعراضه المتبقية من المرض ، فلا يصح أن نطالبه بأعمال تتناقض مع هذه الأعراض ، كأن يكون متبلداً انفعاليًا ثم نطالبه بالعمل فى العلاقات العامة أو بالتمثيل ... إلخ .

ولامانع من بدئه العمل أثناء وجوده بالمستشفى والعودة إليها بعد انتهاء العمل حتى يصل لدرجة الثقة الذاتية ، ومن ثم ينتهى من الاعتماد على الغير ، وكذلك العلاج التأهيلى للمريض بعد خروجه من المستشفى ومتابعته فى أخذ العلاج حتى يقل تعرضه لعودة المرض .

وإنه لمن العسير أن تقتنع العائلة بتغيير مستقبل ابنهم أو ابنتهم ، بل ويتمادون فى طموحهم؛ نظراً لذكائه الخارق حتى يجعلونه عرضه للانهيار ثانية .

أ- العلاج النفسى التعليمى لأسرة مريض الفصام Psychoeducational

إن التدخل الأسرى من أهم العوامل الحديثة فى العلاج وخفض نسبة النكسات؛ فمعرفة الأسرة بالمرض وأسبابه واحتمالات الشفاء منه، وعدم النقد المستمر، وإحساس المريض بذاته وهويته ، وطريقة تشجيعه على العمل والاختلاط دون تحدٍ لقدراته ، وأهمية الامتثال والانتظام فى تناول العلاج الكيميائى .. كل ذلك له أثر كبير فى

جودة حياة المريض الفصامى ، وقد دلت الأبحاث الحديثة أنه بتعليم وتدخل الأسرة تنخفض النكسات بنسبة ٤٠٪ .

ب- إدارة الحالة Case Management

أصبحت هذه الوسيلة فى البلاد الغربية مع اكتشاف العقاقير الحديثة غير النمطية مثالا لتقدم واستيعاب مريض الفصام فى المجتمع ؛ فقد أصبحت العناية المجتمعية بديلاً للمكوث بالمستشفى ، ولكن يحتاج ذلك لرقابة مستمرة ، فيخرج المريض من المستشفى إلى إحدى الدور السكنية ، وللذهاب للعمل ، ويكلف أحد متخصصى الرعاية النفسية أن يعتنى ويدير حياة بعض المرضى، الذى يتراوح عددهم من أربعة إلى عشرة، وهنا يراقب انتظامهم فى العمل ، يساعدهم فى المواصلات، فى شراء لوازمهم ، فى صرف مستحقاتهم من البنك ، فى تناول العلاج بانتظام ، فى ملاحظة ظهور أى أعراض من إهمال للذات أو العمل أو الانطواء وإبلاغه للطبيب المباشر .

واتضح إن إدارة الحالة للمريض الفصامى تأتى بنتائج مشجعة فى جودة حياتهم ، واستيعاب الأسرة والمجتمع لهم .

جـ- التدريب على المهارات السلوكية Social Skill Training

يحتاج مريض الفصام بعد شفائه إلى تدريبات على بعض المهارات الاجتماعية التى فقدها أثناء المرض ، مثل : مهارة المقابلة مع الأفراد ، ومهارة المبادرة فى طلب حقه ، ومهارة قيادة السيارة ، والتمتع بمباهج الحياة من الرياضة ، إلى الترفيه فى المسرح أو السينما أو التليفزيون ، وتوجد برامج لهذا التدريب يقوم بها الإخصائيون النفسيون أو الاجتماعيون .

د- العلاج السلوكى التشكيلى بواسطة طريقة الاقتصاد الرمزى

Token Economy

بإعطاء رموز مكافأة ، مثل : الشاى ، السجاير ، عطلة نهاية الأسبوع مع الأسرة ، مشاهدة السينما والتليفزيون مع كل عمل مفيد أو إنتاج أو نبذ أحد الطقوس المرضية .

وقد سبق شرح هذا النوع من العلاج مع العلاج السلوكى فى فصل علاج العصاب .

تبقى مشكلة أخرى ذات أهمية، وهى هل نجعل الفنان يتمادى فى أعماله الفنية المرضية سواء الرسم التشكيلى ، أو القصص التجريدية؟ والتى تختلف عن طبيعة أعماله السابقة قبل المرض ، ولكن لها جمالها الخاص، بل ويتذوقها كثير من الناس ، هل نحرم الناس من هذا الفن ؟ أم نحرم الفنان من هذا الإنتاج ونعالجه ويعود لسابق عهده؟ إن الكثير من هؤلاء الفنانين يفوق إنتاجهم المرضى إنتاجهم العادى ، إن هذه المشكلة يجب أن يواجهها الطبيب بحزم .. فإن كان المريض يعانى من آلام نفسية شديدة أثناء مرضه، ويخشى على حياته ، على الرغم من إنتاجه الفنى الغزير ، عندئذ يجب التدخل وعلاجه فوراً ، بغض النظر عن أى شىء لأن واجب الطبيب هو تخفيف الآلام .

أما إذا كان المريض متوافقاً اجتماعيًا مع أعراضه وإنتاجه الفنى ، فلامانع من استمراره فى العمل ، مع نصيحته المستمرة بعدم امتصاص العمل لكل شخصيته ، بل يجب أن يجد لنفسه مجالات أخرى ، مع المداومة على الإشراف الطبى المستمر حتى لايتعرض لنكسات شديدة .

٤- العلاج بالعقاقير :

بدأت ثورة الطب النفسى فى سنة ١٩٥٢ ، عندما بدأ بعض الأطباء فى علاج مرضى الفصام بالكلوربرومازين (لارجاكتيل – نيورازين) ، مع ظهور نتائج تفوق العلاجات السابقة . وقد تطورت أنواع العلاج بالعقاقير ، ووصل عددها فى العالم لحوالى ٥٢ عقار للذهان ، ونستطيع أن نلم بتطور هذه العقاقير كالآتى :

أ- السيربازيل :

وهو من أول العقاقير المستعملة فى مرض الفصام ، ومازال يستعمل هذا الدواء فى علاج حالات ضغط الدم المرتفع ، ولكننا نستعمل كميات كبيرة منه فى الفصام، تصل إلى ما بين ٩ – ١٢ مجم يوميًا ؛ مما يجعل المريض عرضة لأعراض جانبية ومضاعفات شديدة ، تفوق فائدته فى علاج هذا المرض .

ومن أهم هذه المضاعفات الاكتئاب الشديد فى حوالى ٢٠ ٪ من الحالات ، والذى يحتاج إلى جلسات كهربائية . ويؤدى أحياناً إلى الانتحار مع الأعراض الجانبية فى الجهاز العصبى ، والدم والجلد ، والجهاز الهضمى .

وقد وجد المؤلف أن نسبة الاكتئاب بين ٣١٧ مريضاً بالفصام ، عولجوا بالسيربازيل ، تصل إلى حوالى ١١,٥ ٪، وأن الأعراض الجانبية فى الجهاز العصبى تصل إلى حوالى ٥٠ ٪ ، ولذا توقف الآن علاج الفصام بهذا العقار ، إلا إذا لم يستجب

المريض للعقاقير الأخرى . وإن كان السيربازيل مازال مفيداً في حالات الذهان العضوي ، ويستعمل في تخفيف حدة الهياج والأعراض في هذا الذهان .

ب- الفينوثيازين Phenothiazines : **(الجيل الأول)**

وتنقسم هذه المجموعة إلى عدة أنواع ، هي :

(١) ديمثيل آمين Dimethylamines

ويمثلها اللارجاكتيل (نيورازين - بروماسيد) والسبارين والسكويل والنوزينان ، وتستعمل هذه المجموعة في حالات الفصام الحادة المصحوبة بهياج وتوتر وفرط الحركة ، وعدم القدرة على الاستقرار ، وتستعمل بكميات تتراوح ما بين ١٠٠ - ٨٠٠ مجم في اليوم الواحد ، ويعطى بالعضل في أول الأمر ثم بالفم ، وأحياناً يستمر المريض على هذا الدواء لسنوات ، قبل أن يوقف استعماله .

(٢) ببرازين Piperazine

ومنها : الستيلازين (١٥ - ٣٠مجم يوميا) ، الترايلافون ٢٤- ٤٨مجم يوميا) ، الراندولاكتيل (١٠- ٢٠مجم يوميا) الموديتين (٥ - ١٥مجم يوميا) ، وتفيد هذه المجموعة في الأعراض البارانودية من ضلالات وهلاوس وكذلك تنبيه المرضى المنعزلين المتبلدين ، وتحثهم بعض الشيء على الاندماج مع المجتمع .

(٣) ببرادين Piperdine

ومن أمثلته : الميليريل (١٠٠ - ٨٠٠مجم يوميا) ، وكان من أكثر العقاقير استعمالاً ؛ نظراً لقلة أعراضه الجانبية في الجهاز العصبي ، ولو أنه أضعف تأثيراً في الحالات الشديدة والمصحوبة بضلالات وهلاوس ، ويؤدي استعماله إلى جفاف في الحلق وصعوبة في التبول وزغللة في العين ، ونظراً لتأثيره على عضلة القلب قد توقف تقريباً استعماله عالمياً.

ولمجموعة الفينوثيازين أعراض جانبية متعددة ، حسب مدة وكمية العلاج، أهمها :

١- أعراض الجهاز العصبي :

تبلد في الانفعال ، بطء الحركة ، ارتجاف الأطراف في حوالي ١٥٪ من الحالات خاصة الإناث (الشلل الاهتزازي) ، ضعف الإرادة مع صعوبة في البلع وعدم القدرة على تحريك اللسان ، واعوجاج الرقبة، وتعليق البصر إلى أعلى في حوالي ٣٪ من الحالات ، كذلك عدم القدرة على الجلوس أو الاستقرار (التململ

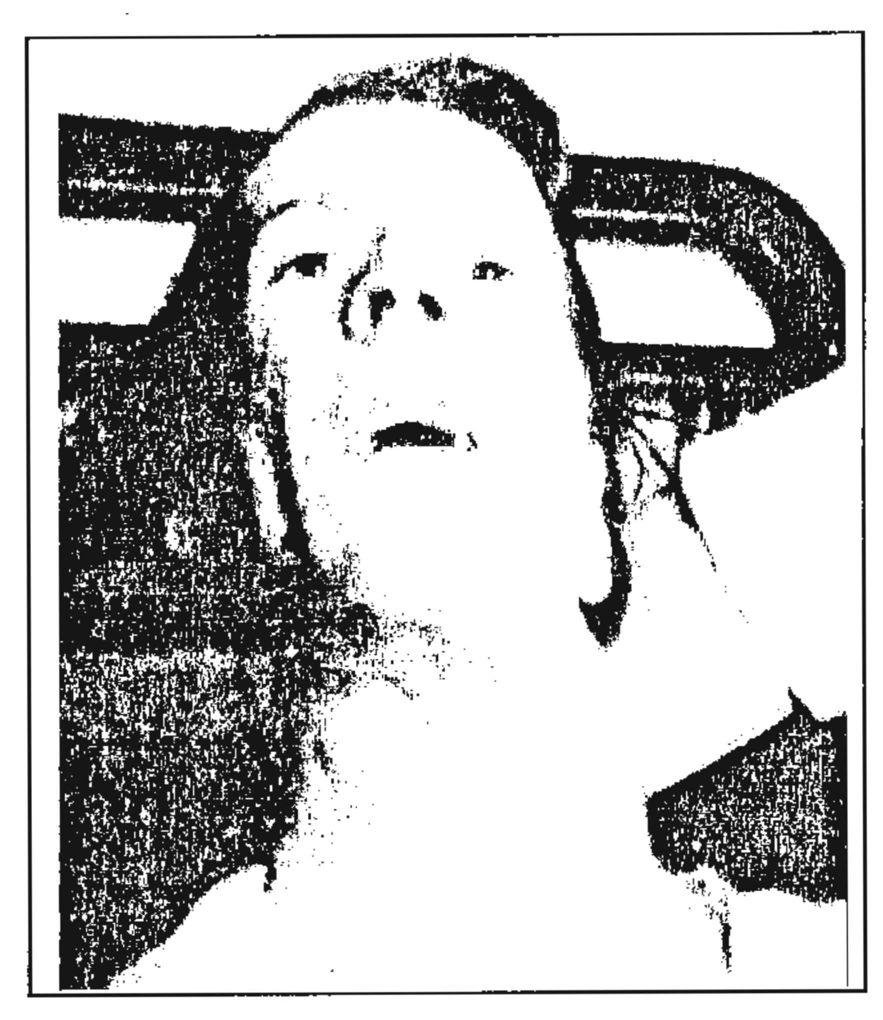
الحركى) وتظهر فى حوالى ٢١٪ فقط من المرضى . ولذا يستحسن إعطاء عقارات مضادة مع بدء العلاج ؛ حتى لايتعرض المريض لهذه الأعراض، مثل: أرتين أوباركينول أو تريماريل أو كوجنتول أو أكينتون ... إلخ .



Oculogyric Crisis
ارتفاع المقلة من العقاقير النفسية



حركات لا ارداية فى القدمين من العقاقير النفسية .



عسر حركة حاد مع تقلصات من العقاقير النفسية .



شلل اهتزازى من العقاقير

٢- أعراض قلبية دورية :

شحوب الوجه ، نقص ضغط الدم وسرعة ضربات القلب ، وبعض التشوش فى الوعى فى مرضى تصلب الشرايين .

٣- الكبد :

يظهر مرض الصفراء فى حوالى ١ ٪ من الحالات ، ويشفى بتوقف الدواء ، وأعتقد أن هذه النسبة مبالغ فيها حسب خبرتنا الإكلينيكية طوال السنوات السابقة.

٤- الجلد :

يتعرض هؤلاء المرضى لحروق ، واحمرار ، وبعض الحساسية فى الجلد من ارتكاريا وإكزيما ؛ خاصة إذا تعرضوا للشمس .

٥- الدم :

تنقص بعض كرات الدم فى بعض الحالات ، ويستحسن عمل تحليلات دورية للدم أثناء فترة العلاج .

٦- الجهاز الهضمى :

جفاف الحلق ، والإمساك ، وأحياناً صعوبة الهضم .

٧- أعراض نفسية وعقلية :

مثل زيادة القلق والتوتر وبعض التشوش فى الوعى ، وأحياناً حالات اكتئابية وأعراض ذهانية عضوية .

ويظهر أحياناً عسر الحركة الآجل بعد الاستعمال الدوائى لمدة طويلة ، ويتميز بأعراض حركات لا إرادية فى الفم ، اللسان ، البلعوم والحنجرة .

ولا تظهر هذه الأعراض عند أخذ الاحتياطات اللازمة وإعطاء المضادات لهذه المضاعفات ، مع زيادة الكمية تدريجيًا ، وبالطبع تفوق فائدة العلاج كل هذه الأعراض الجانبية ، التى لاتشكل خطراً كبيراً . وكما ذكرنا سابقا فكل عقار يناسب حالة خاصة ، وكذلك كل مريض يستجيب لعقار معين .

جـ- بيتيروفينون Butyrophenones **:(الجيل الأول)**

ومن أمثلتها : الهلوبريدول والترايبريدول (سافينيز) ، ويختلف كيميائيًا عن

السيربازيل والفينوثيازين ، وهو من العقاقير المهمة التى تفيد فى حالات الهياج الشديدة، خاصة حالات المرح .

وفى أحد أبحاث المؤلف فى لندن على ٨٠ حالة فصام مزمن ، لم تتحسن بالعلاجات الأخرى من عقاقير وكهرباء، وباستعمال الهلوبريدول بكمية تتراوح مابين ٦ – ١٢ مجم يوميا ، تمكن كثير من هؤلاء المرضى – وأحدهم كان بالمستشفى منذ ثمانية عشر عاما – من الخروج ، بل والعمل فى المجتمع بعد هذه المدة الطويلة ؛ ولذا يجب اللجوء لهذا العقار عند فشل الأدوية الأخرى ، خاصة أنه يفيد فى حالات عصبية أخرى ، مثل : الحركات اللإرادية والتلعثم وفى الأطفال مفرطى الحركة ، وظهر أخيرا أحد مشتقات هذه المجموعة باسم «أوراب» ، ويعطى بالفم جرعة واحدة يوميًا ، تتراوح ما بين ٤ – ٨ مجم يوميا ، ومازال هذا العقار له استعماله المميز فى الفصام.

د– ثيوكسانثين Thioxanthenes :

وهو من العقاقير الحديثة نسبيًا فى علاج مرض الفصام ؛ خاصة الحالات المزمنة ، التى تتميز بالانطواء والعزلة . وفى خبرتى الخاصة أنه يفيد فى الحالات التى فشل فيها العلاج فى توافق المريض اجتماعيا، وقد لاحظت توافقاً اجتماعياً سريعاً بعد استعمال هذا العقار فى بعض الفصاميين المزمنيين ، ويتوافر هذا العقار فى مصر الآن ، ويوجد الآن عقاقير مختلفة من المجموعة نفسها ، مثل : الفلوناكسول Flua-naxol والنافين Navane والكلوبكسول Clopixol .

أما الدوجماتيل (سلبريد) ، والذى يحتمل نجاحه فى كثير من حالات الفصام ، دون إحساس بالدوخة أو السبات .. فهو مجموعة جديدة ، لها خواص متعددة فى حالات نفسية وعقلية مختلفة .

سبق أن ذكرنا أن أسباب الفصام هى تغيرات كيميائية فى الموصلات العصبية بالمخ وكذلك فى توصيلات الدوائر العصبية فى مسارات الجهاز الهضمى ، ويبدو أن هذه العقاقير تعمل على إعادة توازن هذه الموصلات العصبية فى المخ ، وتثبيط تأثير الخلايا الدوبامينية ، وخفض تأثير المؤثرات الخارجية القادمة من سيالات الحساسية إلى التكوين الشبكى ، ومن ثم اختفاء الأعراض وتحسن حالة المريض ، ولكن يجب أن يستمر المريض مدة طويلة على العلاج مع التخفيف التدريجى للكمية .

وأعتقد أنه من الأساليب الرئيسية لنكسات هذا المرض ، هو توقف المريض

عن أخذ العلاج بعد شعوره بالتحسن الواضح، وعادة لاتبدأ النكسة قبل ثلاثة أو ستة شهور من التوقف عن أخذ العقار ، يزيد على ذلك أن نسبة كبيرة جدا من المرضى لاتأخذ العلاج بالانتظام الكافى ، الذى يؤثر على الموصلات العصبية المرضية ، ويتراوح عددهم ما بين ٤٠ – ٦٠ ٪ من المرضى. ولهذا السبب فقد بدأ الأطباء فى البحث عن عقار يعطى مرة كل أسبوعين إلى ٤ أسابيع ، ويمتص ببطء فى الجسم ؛ حتى لاينسى المريض أخذ الدواء .

ومن أمثلة ذلك عقار الموديتين إنانثيت Moditen Enanthate والترايلافون إنانثيت والكلوبكسول ، والردبتين والفلونكسول والبيبورتيل والهلدول ، ويعطى بالعضل مرة كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع ، ويستمر مفعوله طوال هذه الفترة .، ويوجد الآن من مجموعة مضادات الذهان الحديثة حقن طويلة المدى مثل ريسبردال كونستا من ٢٥–٣٧,٥ مجم كل أسبوعين.

ومن فوائد هذه العقاقير التأكد من أخذ العلاج ، وخفض عدد المسئولين عن التمريض ونقص نسبة النكسات .

وكثيراً ما تمزج بعض هذه العقاقير بعضها ببعض ؛ لمهاجمة بعض الأعراض ، التى لايفلح عقار واحد فى استئصالها ، وهنا يجب الحرص من احتمال زيادة الأعراض الجانبية .

وتختلف مدة العلاج تبعاً لنوعية المريض والأعراض ، وأحياناً ما يحتاج المريض للعقار لمدة ٦ شهور ، وأحيانا طوال الحياة . ولكن تثبت الأبحاث الحديثة أن حوالى ٤٠ ٪ من المرضى لايحتاجون للعقاقير بصفة مستمرة ، وأن ٦٠ ٪ تحدث لهم انتكاسة إن توقف العلاج .

العقاقير الحديثة لعلاج الفصام (غير النموذجية) :(الجيل الثانى)

استمر علاج الفصام منذ عام ١٩٥٤ بالعقاقير الكلاسيكية ، والتى تثبط مستقبلات الدوبامين فى المخ والتى سبق ذكرها، وكانت الأعراض الجانبية المختلفة– خاصة أعراض خلل مسارات الجهاز الخارجى الهرمى ، والحركات اللاإرادية الآجلة ، والتململ الحركى – سبباً فى عدم امتثال المرضى للدواء ، ومن ثم النكسات المتكررة ، يزيد على ذلك أنه يوجد حوالى ٤٠ ٪ من مرضى الفصام لايستجيبون للأدوية الكلاسيكية ، كذلك فالأعراض السلبية ، مثل : قلة وفقد الكلام والانعزال ، والتجمد

العاطفى ، وفقد الطموح والإرادة ، وفقد الاهتمام بمباهج الحياة عادة لاتستجيب لهذه العقاقير .

ولم يكتشف أى علاجات جديدة لمرضى الفصام منذ الخمسينيات حتى ١٩٨٥ ، عندما اكتشفت عقاقير ليس لها الأعراض الجانبية السابقة ، وتعمل على مستقبلات السيروتونين ، بالإضافة لمستقبلات الدوبامين ، ولذا سميت بغير النموذجية ، وكان أولها عقار الكلوزابين (ليبونكس) .

ونستطيع تلخيص العقاقير الحديثة كالآتى :

كلوزابين (ليبونكس)	٣٠٠ – ٦٠٠ مجم يوميا
ريسبريدون (ريسبردال)	٤ – ٨ مجم
أولانزابين (زيبركسا)	١٠ – ٢٠ مجم
سيرتندول (سيردولكت)	١٠ – ٢٠ مجم
كواتيابين (سيركويل)	٣٠٠ – ٦٠٠ مجم.
زيراسيدون (زلدوكس)	٨٠ – ١٦٠ مجم .
أريبيرازول (أبليفاى)	١٥ – ٣٠ مجم .

وتتميز هذه العقاقير بقلة الأعراض الجانبية ، وبأنها تعمل من خلال تثبيط مستقبلات الدوبامين والسيروتونين بأنواعه المختلفة ، وأنها تحسن الأعراض السلبية، وتفيد فى الخلل المعرفى والذاكرة والتركيز ، وأنها لاتؤثر على عضلة القلب، وبالطبع يوجد بعض الأعراض الجانبية لكل منهم ، فمثلا الليبونكس يقلل من كرات الدم البيضاء الخاصة بالمناعة في حوالى ١ ٪ من الحالات ؛ ولذا يجب عمل تحليل للدم كل أسبوع فى الأربع شهور الأولى ثم مرة كل شهر ، كذلك يزيد من الوزن ، ويسبب كثرة فى اللعاب أثناء النوم ، مع التهدئة والنوم الكثير فى بدء الأمر ، ولكن ذلك يهون فى سبيل استيعاب المريض ثانياً فى المجتمع وعودته لأسرته وعمله .

وتدعى الأبحاث أن العقاقير الأخرى ليست لها مضاعفات الليبونكس نفسها، ولكن بالطبع، لها أعراضها الجانبية الخاصة بها .

وقد أتضح مع استعمال هذه العقاقير الجديدة (الجيل الثانى) ظهور بعض

الأعراض الجانبية الخطيرة مثل السمنة ، زيادة الدهنيات فى الدم، مرض السكر، زيادة البـرولاكـتين (يؤدى إلى توقف الطمث، و إفـراز اللبن من الثـدى، الضـعف الجنسى إلخ) ، مع بعض التغيرات فى رسم و عضلة القلب. و يتميز الفصام بزيادة فى كمية الدوبامين فى الفص الحدى و المسئول عن الأعراض الإيجابية مثل الهلاوس و الضـلالات ، و نقص فى الدوبامين فى الفص الجبـهى و المسئـول عن الأعـراض السلبية مثل العزلة، تجمد العواطف ، غياب الطموح و قلة الكلام و الأعراض المعرفية من صعوبة التركيز و إضطراب ذاكرة العمل و يبدو أن مضادات الذهان الجديدة تعمل على خفض الدوبامين فى الفص الحدى بالمخ و ترفع نسبته فى الفص الجبهى.

وكانت آخر المحاولات العقاقير التى ترفع نسبة الدوبامين عندما تقل نسبته فى الفص الجبـهى و تخـفض نسبـته فـى الفص الحـدى (الجـيل الثـالث) ، و كـان عـقار الأريبـبرازول (أبيليـفاى) هو أول إكـتشـاف من نوعـه، ولذا نسـتطيع القـول أن عـلاج مرض الفصام أتبع ثلاث مسارات حتى الآن، أولا مثبطات الدوبامين، ثانيا مثبطات الدوبامين و السيروتونين ، و ثالثا معدلات الدوبامين و الأبحاث مستمرة لعقاقير لها علاقة بالجلوتاميت ، و الكورتيزون ، و مضادات المناعة...إلخ

وقد تم الاتفاق الآن أن مريض الفصام يعالج – فى بدء الأمر – بالعقاقير الكلاسيكية ، مـثل : الكلوربودازين ، الستـيـلازين ، الهلوبريدول أو الحـقن طويلة المفـعـول مـثل الموديكيت ، الهلدول ، الكلوبكسـول ، الفنكسـول أو حـقن الجـيل الثـانى من مـضـادات الذهان مثل ريسبردال كونستا ، أو إذا كـان المريض لايتحمل الأعـراض الجانبية ، فله أن يستعمل أحـد العقاقير الحديثة ، أو مـا تسمى بغير النموذجية وهى باهظة الثمن ، ويوجد حـوالى ٤٠ ٪ من المرضى لايستجيبون لهذه العقاقير بعد تجربة ثلاث عـقاقير على الأقل ، ولمدة لاتقل عن ستة أسابيع . وباستعمال الجرعة القصوى ، هنا لامانع من استعمال العقاقير غير النموذجية مثل الليبـونكس ، أو الرسبردال ، أو الأولونزابين ، أو الإريبيرازول ... إلخ .

ويجب الاستمرار على العلاج الدوائى لمدة تتراوح ما بين ٦ – ١٢ شهراً ، إذا كـانت النوبـة الأولى ، أمـا إذا تكررت النوبات فـيـفـضل الاسـتـمـرار لمدة عـدة سنوات وأحياناً طوال الحياة .

ويجب تذكـر إن احـتـمـال النكسـات ، على الرغم من اسـتـمـرار العـلاج حـوالى

٢٠ ٪، وإذا قورنت بعدم إعطاء العلاج فتصل نسبة النكسات إلى ٨٠٪ . أما إذا كان المريض فى حالة شفاء مع استمرار الدواء ثم توقف عن تناوله ، فستصل نسبة النكسات فى خلال سنتين حوالى ٦٠٪ بواقع ٣٠٪ فى السنة الأولى ، وهذا يعنى أن ٤٠٪ من مرضى الفصام يستطيعون التكيف مع المجتمع ، بعد شفائهم ، دون المداومة على العقاقير العلاجية .

علاج بغيبوبة الإنسولين Insulin Coma :

كانت غيبوبة الإنسولين حتى عام ١٩٥٩ إحدى الطرق المفضلة فى علاج مرضى الفصام بإعطاء المريض كميات كبيرة من الإنسولين تحت الإشراف الطبى ؛ حتى يدخل فى غيبوبة ، ثم يعطى الجلوكوز لإعادته لوعيه ثانية . وقد توقف استعمالها منذ نصف قرن لعدم فاعليتها.

وكانت هذه الغيبوبة تتكرر ما بين ٣٠ - ٥٠ مرة أى حوالى ٥ مرات كل أسبوع ، وكانت هذه الطريقة تنجح فى مرضى الفصام الواهنين جسديا ، والذين لم يمض على مرضهم أكثر من عامين . ولكن لخطورة هذا العلاج ومضاعفاته الكثيرة من عطب فى خلايا المخ من نقص السكر والتشنجات العصبية ، بل وأحياناً غيبوبة شديدة ، وما يحدث نادراً من حالات وفاة ، ثم الحاجة إلى عديد من الأطباء والممرضات للقيام به، يزيد على ذلك نشأة كثير من العقاقير ، التى تؤثر فى مرض الفصام ، وتأتى بنسبة نجاح أكثر من غيبوبة الإنسولين ... نظراً لكل ذلك فقد هجرت معظم مراكز العلاج النفسى علاج الفصام بالإنسولين ، إلا فى حالات نادرة لاتتحسن بالعلاجات الأخرى ؛ خاصة بعد ما توصلت إليه التجارب عام ١٩٥٩ بأن نتائج غيبوبة المنومات تشابه نتائج غيبوبة الإنسولين .

ولكن أحياناً نلجأ إلى إعطاء كميات بسيطة من الإنسولين لفتح الشهية ، وزيادة الوزن، وتقليل القلق فى كثير من الأمراض النفسية والعقلية فى حدود من ٦٠- ١٠٠ وحدة مائية يومية .

ويعلل البعض الأثر الناجح للعلاج بالإنسولين بأن المريض قبل أن يفقد شعوره يعانى من آلام الاحتضار ؛ مما يؤدى إلى تخفيض أثر عقدة الإدانة الذاتية (الشعور بالذنب) التى يعانيها لاشعوريا ، وذلك هو التفسير التحليلى ، ولكن يختلف التفسير الفسيولوجى ، فأى سلوك أو تفكير مرضى سببه تغييرات بيولوجية وكيميائية وكهربائية فى خلايا المخ . فإذا استطعنا وقف عمل هذه الخلايا لفترة ما... فإنه

يحتمل عندما تبدأ العمل ثانية أن تتوقف عن السلوك المرضى ، وتعود إلى سابق طبيعتها ، وهذا مايحدث عندما ينقص السكر فى الدم ، ويصل الفرد لحالة الغيبوبة وبالتالى تتوقف خلايا القشرة المخية عن النشاط ، ثم تبدأ فى العمل ثانية عند حقن المريض بالجلوكوز .. وبتكرار هذه العملية تبدأ الخلايا فى السلوك السوى .

٥- علاج جلسات الكهرباء (جلسات تنظيم إيقاع المخ) :

سنفسر العلاج الكهربائى بالتفصيل مع علاج الذهان الوجدانى (اضطرابات المزاج) وكذلك كيفية عمله . ويكفى الآن أن نقول إن الجلسات الكهربائية تغير من حركة الموصلات العصبية بين أغشية خلايا المخ ؛ مما يعيدها لحالة التوازن السابق ، وكذلك تنبه الهيبوتلاموس ؛ خاصة مراكز الجهازين السمبتاوى والباراسمبتاوى ؛ مما يؤثر على نسبة هذه الموصلات . كما أنها تعطى راحة وقتية لنشاط المخ الكهربائى ، بحيث يبدأ ثانية بطريقة سوية ، ولايشعر المريض إطلاقا بهذه الجلسات ولكن نظراً للخوف من الجو المحيط بها ؛ نعطى جلسات الكهرباء الآن تحت تأثير المخدر وارتخاء العضلات ، ولايحدث أكثر من بعض الارتجاف البسيط فى الجسم تعقبه يقظة المريض ، دون الإحساس بأى شيء خلافاً لما نراه فى الأفلام والمسلسلات العربية ، من تشنجات ، تقييد المريض ، القسوة وكأنها انتقام من المريض ، وكانت تسمى سابقا بالصدمات ، وتعطى جلسات الكهرباء لمرضى الفصام فى الحالات الآتية :

١- حالات الفصام الحادة ، وكذلك الحالات البادئة منذ فترة بسيطة .

٢- حالات الفصام الكتاتونى ، وتعتبر الكهرباء العلاج الأساسى فى مثل هذه الحالات .

٣- حالات الهبوط والانعزال والقلق وفقدان الاهتمام والخمول المصاحبة لمرض الفصام .

٤- إذا صاحبت الفصام أعراضاً وجدانية إما اكتئابية أو أنبساطية .

٥- تقلل أحيانا جلسات الكهرباء من شدة الضلالات والهلاوس ، وما يصاحبها من آلام نفسية شديدة .

٦- فصام الشيخوخة المصاحب بأعراض وجدانية حتى لايتعرض المريض للأعراض الجانبية المصاحبة للعقاقير .

ولاتفيد الكهرباء عادة فى الفصام البسيط أو المزمن ، ولاداعى لتعريض المريض لهذا العلاج ، إن لم تكن منه فائدة .

وإذا أخذنا الاحتياطات اللازمة ، تقل نسبة المضاعفات والأعراض الجانبية من هذه الجلسات ، وسيطول شرح ذلك فى علاج الذهان الوجدانى .

ويحتاج مريض الفصام لحوالى من ٨ – ١٢ جلسة كهرباء ، بمعدل اثنتين أو ثلاث جلسات فى الأسبوع ، ولكن يعتمد عدد هذه الجلسات على درجة التحسن واختفاء الأعراض ، ويترك ذلك لتقدير الطبيب .

وفى رأيى أنه لن يتحسن المريض إذا أعطى أكثر من ١٢ جلسة ؛ خاصة بعد اكتشاف العقاقير الحديثة وإعطائه أكثر من ذلك .. قد يؤدى إلى شدة النسيان وبعض الاختلاط العقلى .

وتفيد الأبحاث الحديثة المقارنة أنه يتساوى تأثير الجلسات الكهربائى مع العقاقير بعد ستة شهور من بدء العلاج ، ولذا فالكهرباء لها فاعليتها على الأعراض من الناحية الزمنية (أى زوال الأعراض سريعا) ولكن ليس لها دوراً إيجابياً فى مآل المرض .

ويفضل تسمية علاج جلسات الكهرباء بجلسات تنظيم أو تقويم إيقاع المخ .

٧- العلاج الجراحي :

لانلجأ للعملية الجراحية فى المخ لمرضى الفصام ، إلا فى حالات نادرة جدا، وإن كانت هذه العملية قد انتشرت فى أواخر الأربعينيات بدرجة كبيرة ، ولكن ثبت بعد ذلك قلة فائدتها إلا فى حالات خاصة ، أهمها :

١ – الفصام الكتاتونى المزمن الذى يصاحبه نوبات متكررة من الهياج الشديد والعدوان الحاد ، والذى لايستجيب لعلاجات أخرى .

٢ – البارانويا ، والبارافرنيا والفصام البارانويدى ، عندما تكون الشخصية متكاملة . وأعراض المريض تسبب له آلاما شديدة من قلق وتوتر نفسى غير محتمل ، وعدم استجابة المريض لكافة أنواع العلاج الأخرى .

٣– الفصام شبه العصابى عندما يعيش المريض فريسة لأوهامه ، مع قلق

شديد ومخاوف ووساوس مختلفة ، ولايتحسن بالعلاجات الأخرى .

وتقطع الألياف الموصلة بين الفص الجبهى فى المخ والتلاموس ، ومن هنا تقل حدة الانفعال أو تنخفض استجابة المريض للهلاوس والهذاءات ؛ مما يجعله فى حالة أفضل للتوافق الاجتماعى ، ومضاعفات هذه العملية تتساوى مع فائدتها ، ولذا يجب أخذ كثير من العوامل في الاعتبار ، قبل تعريض المريض للجراحة ، وأهمها : درجة آلامه وتكامل شخصيته ، ونوع ومكان الجراحة .

وأعتقد شخصيا أنه فى الوقت الحالى بعد تقدم علاج الفصام بالعقاقير .. فإننا لانحتاج لهذه العملية، ولو أن الجراحة الجديدة التى تعتمد على التوجيه المجسم والكى الكيميائى أو الكهربائى للتلفيف الحزامى لها فوائدها وتأثيرها الفعال وقلة الأعراض الجانبية .

٤

الاضطرابات الوجدانية (المزاجية)

الحق أن تقسيم اضطرابات المزاج عسير إلي حد كبير، بل وفي غاية التعقيد : نظراً لتداخل عدة عوامل وراثية ، بيئية ، كيميائية ، جسدية ، وبيولوجية، بل أيضا نظراً لاختلاف الأعراض الإكلينيكية ومآل المرض.

F39-F30

الاضطرابات المزاجية (الوجدانية) — Mood [affective] disorders

الكود	العربية	English
F30	**النوبة الهوسية**	**Manic episode**
F30.0	الهوس الخفيف	Hypomania
F30.1	الهوس غير المترافق بأعراض ذهانية	Mania without psychotic symptoms
F30.2	الهوس المترافق بأعراض ذهانية	Mania with psychotic symptoms
F30.8	النوبات الهوسية الأخرى	Other manic episodes
F30.9	نوبة هوسية ، غير معينة	Manic episodes, unspecified
F31	**الاضطراب الوجداني الثنائي القطب**	**Bipolar affective disorder**
F31.0	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية نوبة هوس خفيف	Bipolar affective disorder, current episode hypomanic
F31.1	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية نوبة هوس غير مترافقة بأعراض ذهانية	Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms
F31.2	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية نوبة هوس مترافقة مع أعراض ذهانية	Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms
F31.3	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية هي اكتئاب متوسط الشدة أو خفيف	Bipolar affective disorder, current episode mild or moderate depression
.30	غير مترافق بأعراض جسدية	Without somatic symptoms
.31	مترافق بأعراض جسدية	With somatic symptoms
F31.4	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، النوبة الحالية هي إكتئاب شديد غير مترافق بأعراض ذهانية	Bipolar affective disorder, current episode severe depression without psychotic symptoms
F31.5	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية هي إكتئاب شديد مترافق مع أعراض ذهانية	Bipolar affective disorder, current episode severe depression with psychotic symptoms
F31.6	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، النوبة الحالية مختلطة	Bipolar affective disorder, current episode mixed
F31.7	الاضطراب الوجداني الثنائي القطب، فى هدأة حالياً	Bipolar affective disorder, currently in remission

F31.8	الاضطرابات الوجدانية الثنائية القطب الأخرى	Other bipolar affective disorders
F31.9	الاضطراب الوجدانى الثنائى القطب، غير المعين	Bipolar affective disorder, unspecified
F32	**النوبة الاكتئابية**	**Depressive episode**
F32.0	النوبة الاكتئابية الخفيفة	Mild depressive episode
.00	الغير المترافق بأعراض جسدية	Without somatic symptoms
.01	المترافقة بأعراض جسدية	With somatic symptoms
F32.1	النوبة الاكتئابية المتوسطة الشدة	Moderate depressive episode
.10	الغير المترافقة بأعراض جسدية	Without somatic symptoms
.11	المترافقة بأعراض جسدية	With somatic symptoms
F32.2	النوبة الاكتئابية الشديدة غير المترافقة بأعراض ذهانية	Severe depressive episode without psychotic symptoms
F32.3	النوبة الاكتئابية الشديدة المترافقة بأعراض ذهانية	Severe depressive episode with psychotic symptoms
F32.8	النوبات الاكتئابية الأخرى	Other depressive episodes
F32.9	نوبة اكتئاب، غير معينة	Depressive episode, unspecified
F33	الاضطراب الاكتئابى المعاود (المتكرر الحدوث)	**F33 Recurrent depressive disorder**
F33.0	الاضطراب الاكتئابى المعاود، النوبة الحالية خفيفة	Recurrent depressive disorder, current episode mild
.00	غير المترافق بأعراض جسدية	Without somatic symptoms
.01	المترافق بأعراض جسدية	With somatic symptoms
F33.1	الاضطراب الاكتئابى المعاود، النوبة الحالية متوسطة الشدة	Recurrent depressive disorder, current episode moderate
.10	غير المترافق بأعراض جسدية	Without somatic symptoms
.11	المترافق بأعراض جسدية	With somatic symptoms
F33.2	الاضطراب الاكتئابى المعاود، النوبة الحالية شديدة وغير مترافقة بأعراض ذهانية	Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms
F33.3	الاضطراب الاكتئابى المعاود، النوبة الحالية شديدة ومترافقة بأعراض ذهانية	Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms

F33.4	الاضطراب الاكتئابى المعاود ، فى هدأة حاليا	Recurrent depressive disorder, currently in remission
F33.8	الاضطرابات الاكتئابية المعاودة الأخرى	Other recurrent depressive disorders
F33.9	الاضطراب الاكتئابى المعاود، غير المعين	Recurrent depressive disorder, unspecified
F34	الاضطرابات المزاجية (الوجدانية) المستديمة	**Persistent mood [affective] disorders**
F34.0	دوروية المزاج	Cyclothymia
F34.1	عسر المزاج	Dysthymia
F34.8	الاضطرابات المزاجية (الوجدانية) المستديمة الأخرى	Other persistent mood [affective] disorders
F34.9	الاضطراب المزاجى (الوجدانى) المستديم، غير المعين	Persisicent mood [affective] disorders unspecified
F38	الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) الأخرى	**Other mood [affective] disorders**
F38.0	الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) المنفردة الأخرى	Other single mood [affective] disorders
.00	النوبة الوجدانية المختلطة	Mixed affective episode
F38.1	الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) المعاودة الأخرى	Other recurrent mood [alTeclive] disorders
.01	الاضطراب الاكتئابى المعاود الوجيز	Recurrent brief depressive disorder
F38.8	الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) المعينة الأخرى	Other specified mood [alTeclive] disorders
F39	الاضطراب الوجدانى (المزاجى) غير المعين	**Unspecified mood [affective] disorder**

الحق أن تقسيم اضطرابات المزاج عسير إلي حد كبير ، بل وفي غاية التعقيد ؛ نظراً لتداخل عدة عوامل وراثية ، بيئية ، كيمياتية ، جسدية ، وبيولوجية، بل أيضا نظراً لاختلاف الأعراض الإكلينيكية ومآل المرض.

تصنيف اضطرابات المزاج
والاضطرابات الوجدانية

(تبعاً للتقسيم العالمى العاشر للأمراض – الفصل الخامس – ١٩٩٢ – منظمة الصحة العالمية)

١- نوبة هوس : (ابتهاج) :

أ- هوس خفيف الشدة .

ب- هوس دون أعراض ذهانية .

جـ- هوس مع أعراض ذهانية .

٢- إضطراب وجداني ثنائي القطب :

أ- النوبة الحالية هوس خفيف الشدة .

ب- النوبة الحالية هوس دون أعراض ذهانية .

جـ- النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية .

د- النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة .

(١) دون أعراض بدنية .

(٢) مع أعراض بدنية .

هـ- النوبة الحالية اكتئاب شديد .

(١) دون أعراض ذهانية .

(٢) مع أعراض ذهانية .

٣- نوبة اكتئابية :

أ- خفيفة الشدة دون أعراض بدنية أو مع أعراض بدنية .

ب- متوسطة الشدة دون أعراض بدنية أو مع أعراض بدنية .

جـ- شديدة دون أعراض ذهانية أو مع أعراض ذهانية .

٤- اضطراب اكتئابي متكرر :

٥- اضطرابات وجدانية مستمرة :

أ- المزاج النوابى .

ب- عسر المزاج .

٦- اضطرابات مزاجية أو وجدانية أخري :

والحق أن تقسيم اضطرابات المزاج عسير إلى حد كبير ، بل وفى غاية التعقيد ؛ نظراً لتداخل عدة عوامل وراثية ، بيئية ، كيميائية ، جسدية ، وبيولوجية، بل أيضا نظراً لاختلاف الأعراض الإكلينيكية ومآل المرض . وكما يلاحظ .. فقد تم إلغاء الاكتئاب التفاعلى أو ما يسمى بالاكتئاب العصابى ، وأدرج مع اضطرابات المزاج تحت تشخيص «عسر المزاج» أو «نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية» .

وتتميز اضطرابات المزاج بنوعية خاصة فى التفكير أو الادراك أو السلوك، وكما تتميز بالشفاء بعد كل نوبة إلا فى حوالى ١٠- ١٥ ٪ من الحالات التى يصاب فيها الفرد بعد أول نوبة بأعراض متبقية من اضطرابات المزاج المعين.

والخريطة التالية هى محاولة ذاتية لتسهيل عرض أنواع اضطرابات المزاج:

خريطة مبسطة لاضطرابات المزاج (الوجدان)



أولــــى

- أحادي القطب
  - نوبة هوس
  - نوبة اكتئاب
    - خفيفة
    - متوسط
      - دون أعراض بدنية
      - مع أعراض بدنية
    - شديد
      - بدون أعراض ذهانية
      - مع أعراض ذهانية
      - (سابقا مع أعراض ميلانخوليا أو أعراض داخلية)
    - متكرر
    - مستمر
      - المزاج النوابي
      - عسر المزاج
    - ١) اكتئاب مع تاريخ عائلي
    - ٢) اكتئاب دون تاريخ عائلي
    - ٣) طيف الاكتئاب (تاريخ اضطراب الشخصية واستعمال المواد وأعراض انشقاقية في الأسرة).
- ثنائي قطبي
  - النوبة الحالية هوس
  - النوبة الحالية اكتئاب
  - النوبة الحالية مختلط

ثــــانوي

١) اضطرابات عضوية
٢) اضطرابات نفسية وعقلية أخري (القلق - الفصام- الوسواس- إلخ)

تعدد التصنيفات الإكلينيكية :

١ – أحادى وثنائى القطب .

٢ – أولى وثانوى .

٣– تفاعلى وداخلى .

٤– اكتئاب نقى ، الطيف الاكتئابى ، واكتئاب دون تاريخ أسرى .

٥– التصنيف الرباعى بالحاسب الآلى (بايكل) :

أ– اكتئاب ذهانى . ب– اكتئاب قلقى .

جـ– اكتئاب عدوانى. د– اكتئاب شبابى مع اضطراب الشخصية.

تصنيف رباعي آخر (راسكين)

أ– اكتئاب توترى . ب– اكتئاب عصابى .

جـ– اكتئاب داخلى. د– اكتئاب شبابى مع اضطراب الشخصية.

٦– التصنيف البيولوجى:

أ– تبعا للمتغيرات الكيميائية فى الموصلات العصبية .

ب– تبعا لاستجابة العقاقير المضادة للاكتئاب .

٧– إكتئاب ذهانى:

أ– إكتئاب ذهانى.

ب – إكتئاب ميلانخولى (سوداوى).

ج – إكتئاب غير سوداوى .

اضطرابات المزاج (الوجدان)

Mood (Affective) Disorders

لازالت العلاقة بين الأساليب والأعراض والعمليات الكيميائية الحيوية الأساسية والاستجابة للعلاج والمآل فى الاضطرابات الوجدانية غير مفهومة بدرجة ، تسمح بتصنيفها بشكل يقبل الموافقة العالمية ، ولكن ذلك لايمنع محاولة التصنيف . والتصنيف المقدم هنا معروض بأمل أن يكون مقبولاً ، إذ إنه جاء نتيجة لاستشارات عالمية واسعة الانتشار .

الخلل الأساسى فى هذه الاضطرابات هو تغير فى المزاج أو الوجدان ، عادة فى اتجاه الاكتئاب مع أو بدون قلق ، أو إلى اتجاه الابتهاج ، وعادة مايصاحب هذا التغيير، تغير فى مستوى النشاط الكلى وأغلب الأعراض الأخرى هى أما ثانوية لهذه التغيرات فى المزاج والنشاط أو يمكن فهمها بسهولة فى هذا الإطار . وتميل أغلب الاضطرابات إلى أن تكون متكررة ، كما تكون بداية النوبة الواحدة مرتبطة فى كثير من الأحيان بمواقف أو أحداث شديدة الكرب . وهذا الجزء يتناول كل اضطرابات المزاج فى كل المجموعات العمرية ؛ أما الاضطرابات التى تبرز فى الطفولة أو المراهقة ستدرج مع إضطرابات الطفولة .

إن المعايير الرئيسية، التى قسمت الاضطرابات بناء عليها تم إختيارها لأسباب عملية ، حيث إنها تسمح بسهولة التعرف على اضطرابات سريرية شائعة ، كذلك تم تمييز النوبات المنفردة عن الاضطرابات ثنائية القطب والاضطرابات الأخرى متعددة النوبات ؛ ذلك أن نسبة كبيرة من المرضى تصاب بنوبة واحدة فقط من المرض ، وقد تم التركيز على شدة الاضطراب لما تمليه من علامات ومستويات مختلفة فى توفير الخدمة ، ومن المعروف أن الأعراض المشار إليها هنا «ببدنية» كان يمكن أيضاً أن يطلق عليها سوداوية أو حيوية أو بيولوجية أو داخلية المنشأ، وأن الوضع العلمى لهذه الزملة هو فى أى حال موضع تساؤل كبير . ومع ذلك .. فقد أدرجت هذه الزملة بسبب الاهتمام السريرى العالمى الواسع الانتشار ببقائها .

وتبقى مشكلة كيفية التمييز بين الدرجات المختلفة فى الشدة ، وحددت هنا ثلاث درجات : خفيفة ومتوسطة وشديدة ؛ لأن كثيرا من الأطباء السريريين يرغبون فى توافرها . أما المصطلحان هوس واكتئاب شديد ، فهما يشيران إلى النهايتين المتقابلتين للطيف الوجدانى ، ويستخدم تشخيص الهوس الخفيف فى الحالات الوسط ،

التى تتميز باختفاء الضلالات أو الهوس أو الانقطاع الكامل عن النشاطات الطبيعية ، وتشاهد كثيرا – ولكن ليس فقط – فى بدء أو عند نهاية نوبة الهوس .

١- نوبة هوس أو ابتهاج Manic Episode

يجب أن تستخدم كل التقسيمات التى ترد فى هذا القسم لوصف نوبة واحدة فحسب ، أما نوبات الهوس الخفيف أو الهوس فى الأفراد، الذين سبق أن عانوا من نوبة وجدانية واحدة أو أكثر (سواء اكتئابية ، هوس خفيف ، هوس حاد أو مختلطة) ، فيجب أن يرمز لها كاضطراب وجدانى ثنائى القطب .

أ- هوس أو ابتهاج خفيف Hypomania

الهوس الخفيف هو درجة أقل من الهوس ؛ حيث يتميز المزاج والسلوك بشذوذ واستمرارية وشدة ، تتجاوز إمكانية إدراجها تحت المزاج العادى ، ولكنها غير مصاحبة بهلاوس أو ضلالات .

كذلك يوجد ارتفاع خفيف مستمر فى المزاج (على الأقل فترة عدة أيام متواصلة)، وزيادة فى الطاقة والنشاط وأحاسيس شديدة بحسن الحال ، والكفاءة الجسيمة والعقلية والمشاركة الاجتماعية الزائدة ، وكثرة الكلام والألفة الزائدة عن الحد وزيادة الطاقة الجسمية وانخفاض شديد فى العمل أو تؤدى إلى النبذ الاجتماعى ، وأحياناً قد يأخذ النزق والغرور والسلوك المتعجرف مكان الاجتماعية الانبساطية .

وقد يختل كل من التركيز والانتباه ، وبالتالى تقل القدرة على الاستقرار فى العمل أو الاسترخاء أو الترفيه ، ولكن هذا لايحول دون ظهور اهتمامات بالخوض فى مغامرات ونشاطات جديدة أو درجات خفيفة من البذخ ، واضطرابات المزاج والسلوك قد تصاحبها الهلاوس أو الضلالات .

يغطى الهوس الخفيف نطاق اضطرابات المزاج ومستوى النشاطات الواقع بين المزاج الدورى والهوس ، ويجب هنا التمييز بين النشاط الزائد والتململ وفقدان الوزن فى الهوس الخفيف ، وما يحدث فى حالات فرط إفراز الغدة الدرقية وفقدان الشهية العصبى ؛ خاصة فى منتصف العمر .

كذلك قد تتشابه الحالات المبكرة من الاكتئاب التوترى (الهياجى) تشابهاً سطحيًا مع الهوس الخفيف من النوع النزقى ، وأيضاً فإن مرضى الطقوس الوسواسية الشديدة قد يتشطون جزءاً من الليل ، يستكملون فيه طقوسهم فى النظافة المنزلية ، ولكن وجدانهم يكون غالباً عكس الموصوف هنا .

ب- هوس أو ابتهاج دون أعراض ذهانية

Mania without Psychotic Symptoms

المزاج مرتفع بدرجة غير متناسبة مع ظروف المريض ، ويتراوح بين التفاؤل المفرط إلى النشوة والتفخيم ، ويكاد يصل إلى اهتياج غير قابل للسيطرة عليه، ويكون هذا الاضطراب مصحوباً بزيادة فى الطاقة تؤدى إلى زيادة فى النشاط وانخفاض الحاجة إلى النوم ، كما يتم تجاوز اللياقة الاجتماعية الطبيعية ، ويصبح من الصعب تركيز الانتباه ، ويتضخم تقدير الذات ويعبر المريض بجدية عن أفكار تفاؤل وعظمة.

وقد تظهر اضطرابات إدراكية مثل وضوح وزهو الألوان بطريقة جميلة ، والاهتمام بالتفاصيل الدقيقة للسطحيات مع حدة السمع الذاتى ، وقد يقدم المريض على مشروعات متهورة وغير عملية ويصرف المال دون حساب ، أو يصبح عدوانياً أو عاشقاً أو مازحا فى ظروف غير مناسبة تماما .

وفى بعض نوبات الهوس يكون المزاج نزقاً وشكاكاً أكثر من مبتهجاً. وتحدث النوبة الأولى عادة ما بين سنى الخامسة عشر والثلاثين ، ولكنها قد تحدث فى أى سن بداية من الطفولة المتأخرة حتى العقد السابع أو الثامن من العمر.

ويجب أن تكون نوبة الهوس من الشدة بحيث تشكل عائقاً ، ويجب أن تستمر لمدة أسبوع على الأقل ، كما يجب أن يكون تغير المزاج مصحوباً بزيادة فى الطاقة ، وعدد من الأعراض المشار إليها أعلاه (خاصة ضغط الكلام ، وقلة الحاجة إلى النوم ، وشعور بالعظمة وتفاؤل مفرط) .

جـ- هوس أو ابتهاج مع أعراض ذهانية

Mania with Psychotic Symptoms

الصورة السريرية هى صورة مبالغة من الموصوف عاليه ، وقد تتبلور أفكار تفخيم الذات المتفاقم وأفكار العظمة إلى ضلالات ، كما أن النزق والشكية قد تتبلور إلى ضلالات دينية بالنوبة ، أو هداية أو رسالة أو وحى ، وقد يؤدى تسابق الأفكار وضغط الكلام إلى أن يصبح كلام الشخص غير مفهوم .

وقد يؤدى النشاط البدنى الشديد المستمر والاهتياج إلى عدوانية أو عنف ، كما قد يؤدى إهمال الأكل والشرب والنظافة الشخصية إلى حالات خطيرة من الجفاف وإهمال الذات .

وإذا استدعى الأمر ، يمكن تحديد الهلاوس والضلالات بكونها ملائمة أو غير ملائمة للمزاج ، وغير الملائمة يقصد بها أيضا الضلالات والهلاوس المحايدة مزاجيا، مثل : ضلالات الإشارة ، دون أي محتوى للاتهام أو الإحساس بالذنب أو كأن تتحدث الأصوات للمريض بشأن أحداث ليس لها دلالة انفعالية خاصة .

والتمييز عن الفصام هو أكثر المشكلات شيوعاً ، خاصة إذا تجاوز مراحل تطور الحالة خلال الهوس الخفيف ، ولم يشاهد الشخص سوى في قمة حالته المرضية ؛ حيث تحول الضلالات واسعة الانتشار والكلام غير المفهوم والاهتياج العنيف دون التعرف على الخلل الأساسي في الوجدان .

كذلك قد تظهر المشكلة التشخيصية نفسها في مرضى الهوس ، الذين يستجيبون إلى الأدوية المضادة للذهان في المرحلة التي يعود فيها النشاط البدني والعقلي للمرضى إلى حالته الطبيعية ، مع احتفاظهم بالضلالات أو الهلاوس .

وإذا ظهرت أحيانا هلاوس وضلالات كتلك المحددة بالنسبة للفصام ، عندئذ يمكن إدراجها تحت غير ملائمة للمزاج ، أما إذا كانت هذه الأعراض بارزة ومستمرة .. عندئذ يكون تشخيص الفصام الوجداني أكثر ملاءمة .



اضطراب وجداني ثنائي القطب

Bipolar Affective Disorder



Bipolar Affective Disorder
اضطراب وجداني ثنائي القطب

٢- اضطراب وجداني ثنائي القطب

Bipolar Affective Disorder

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة (أى اثنتين على الأقل) يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق . ويتكون هذا الاضطراب فى بعض الأحيان من ارتفاع فى المزاج وزيادة فى الطاقة والنشاط (هوس أو هوس خفيف)، وفى أحيان أخرى من هبوط فى المزاج، وانخفاض فى الطاقة والنشاط (اكتئاب) .

وتتميز الحالة بشفاء كامل ما بين النوبات ، ويتساوى الجنسان فى معدل إصابتهما بالمرض أكثر من الاضطرابات المزاجية الأخرى. ولأن المرضى الذين يعانون فقط من نوبات هوس متكررة نادرون نسبيًا ، ولأنهم يتشابهون مع مرضى الهوس الذين يصابون بنوبات اكتئابية بين الحين والآخر من حيث التاريخ العائلى

والشخصية ، قبل المرض والمآل طويل المدى ، فإن تشخيص هؤلاء المرضى يصنف كثنائى القطب .

وتبدأ نوبات الهوس فى المعتاد فجأة ، وتستمر لفترة تتراوح ما بين أسبوعين إلى أربع أو خمس شهور (متوسط المدة حوالى ٤ شهور) . أما الاكتئاب فيميل إلى الاستمرار لفترة أطول (متوسط المدة ٦ أشهر) ، وإن كانت نادراً ما تتجاوز العام إلا فى كبار السن .

وعادة ما تأتى النوبات بعد أحداث حياتية مجهدة ، أو بعد صدمة عقلية ، ولكن وجود أو غياب تلك الأحداث ليس ضرورياً للتشخيص ، ويتباين معدل حدوث النوبات ونمط التحسن والانتكاس كثيراً . وإن كانت فترات التحسن تقصر مع مرور الوقت ، كما تصبح الاكتئابات أكثر شيوعاً وأطول استمراراً بعد منتصف العمر .

وعلى الرغم من أن المفهوم الأصلى لذهان الهوس الاكتئابى كان يتضمن أيضا المرضى الذين يعانون من الاكتئاب فقط ، إلا أن مصطلح اضطراب الهوس الاكتئابى أو ذهان الهوس الاكتئابى يستخدم الآن فى الأغلب كمرادف لثنائى القطب.

أ- اضطراب وجدانى ثنائى القطب، النوبة الحالية هوس خفيف

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Hypomanic

مؤشرات تشخيصية :

(١) تستوفى النوبة الحالية معايير الهوس الخفيف .

(٢) كانت هناك إصابة بنوبة وجدانية سابقة واحدة أخرى على الأقل جيدة التوثيق (هوس خفيف أو هوس أو اكتئاب أو نوبة مختلطة) .

ب- اضطراب وجدانى ثنائى القطب ، النوبة الحالية هوس دون أعراض ذهانية

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Manic without Psychotic Symptoms :

مؤشرات تشخيصية :

(١) تستوفى النوبة الحالية معايير الهوس دون أعراض ذهانية .

(٢) كانت هناك نوبة وجدانية سابقة واحدة أخرى على الأقل جيدة التوثيق (هوس خفيف أو هوس أو اكتئاب أو نوبة مختلطة) .

جـ- اضطراب وجدانى ثنائى القطب، النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Manic with Psychotic symptoms :

مؤشرات تشخيصية :

(١) تستوفى النوبة الحالية معايير الهوس مع أعراض ذهانية .

(٢) كانت هناك فى الماضى نوبة وجدانية واحدة أخرى على الأقل جيدة التوثيق (هوس خفيف أو هوس اكتئاب أو نوبة مختلطة) .

إذا استدعى الأمر يمكن تعيين ما إذا كانت الضلالات أو الهلاوس ملائمة أو غير ملائمة للمزاج .

د- اضطراب وجدانى ثنائى القطب النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة :

Bipolar Affective Disorder, Current Episode mild, or moderate Depression .

مؤشرات تشخيصية :

(١) تستوفى النوبة الحالية معايير نوبة اكتئابية، إما خفيفة الشدة أو متوسطة الشدة .

(٢) كانت هناك نوبة سابقة واحدة على الأقل جيدة التوثيق من هوس أو هوس خفيف أو نوبة مختلطة ، ويمكن إضافة وجود أو غياب أعراض جسدية فى النوبة الحالية من الاكتئاب .

هـ- اضطراب وجدانى ثنائى القطب، النوبة الحالية اكتئاب شديد دون أعراض ذهانية :

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Severe Depression without Psychotic Symptoms

مؤشرات تشخيصية :

(١) يعانى الشخص حاليا من اكتئاب ، مثل الموصوف تحت نوبة اكتئابية شديدة دون أعراض ذهانية .

(٢) كانت هناك نوبة سابقة واحدة على الأقل جيدة التوثيق من الهوس الخفيف أو الهوس .

و- اضطراب وجدانى ثنائى القطب، النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Severe Depression with Psychotic Symptoms:

مؤشرات تشخيصية :

(١) يعانى الشخص حاليا من اكتئاب مثل الموصوف تحت نوبة اكتئابية شديدة ، مع أعراض ذهانية .

(٢) كانت هناك فى الماضى نوبة واحدة على الأُقل، جيدة التوثيق من الهوس الخفيف أو الهوس ، أو نوبة مختلطة .

ز- اضطراب وجدانى ثنائى القطب النوبة الحالية مختلطة

Bipolar Affective Disorder, Current Episode Mixed

مر الشخص فى الماضى بنوبة واحدة على الأقل جيدة التوثيق من الهوس الخفيف أو الاكتئاب أو نوبة مختلطة ، ويبدى حاليا إما خليطاً أو تناوباً سريعاً من أعراض الهوس والاكتئاب .

مؤشرات تشخيصية :

على الرغم من أن أكثر أشكال الاضطراب ثنائى القطب نموذجية تتكون من نوبات هوس واكتئاب متناوبة ، تفصل بينها فترات من المزاج الطبيعى، إلا أنه ليس من غير الشائع أن يصاحب مزاج الهوس والاكتئاب بحالة من فرط النشاط وضغط الكلام تستمر لمدة أيام أو أسابيع متواصلة ، أو أن يصاحب مزاج الهوس والعظمة بحالات من التوتر وفقدان الطاقة والرغبة الجنسية .

كذلك فإن الأعراض الاكتئابية وأعراض الهوس الخفيف أو الهوس قد تتناوب بسرعة بين يوم وآخر أو حتى بين ساعة وأخرى . ويجب أن يستخدم تشخيص اضطراب وجدانى مختلط فقط ، إذا برز كل من مجموعتى الأعراض طوال الفترة

الأطول من نوبة المرض الحالية ، وإذا استمرت هذه النوبة لفترة أسبوعين على الأقل، ويمثل هذا النوع المختلط حوالى من ٣٠ - ٤٠ ٪ من حالات ثنائى القطب .

٣- نوبة اكتئابية Depressive Episode

يعانى الشخص فى النوبات النموذجية ذات الأشكال الثلاث : خفيفة الشدة أو متوسطة الشدة أو الشديدة ، الموصوفة أدناه من انخفاض فى المزاج وانخفاض فى الطاقة ، وقلة فى النشاط . وتضطرب القدرة على الاستمتاع والاهتمام بالأشياء والتركيز ، ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود .

وعادة ما يكون النوم مضطرباً والشهية للطعام قليلة ، وينخفض تقدير الذات والثقة بالنفس، وكثيراً ما توجد بعض الأفكار حول الإحساس بالذنب أو فقدان القيمة حتى فى الحالات خفيفة الشدة .

ويبدو المستقبل مظلما وتشيع الأفكار والأفعال الانتحارية ، ويتبدل المزاج المنخفض قليلا من يوم إلى آخر ، ولايستجيب للظروف المحيطة . وقد يصاحبه مايسمى بالأعراض الجسدية ، مثل : فقدان الاهتمام والأحاسيس المبهجة والاستيقاظ فى الصباح عدة ساعات قبل الموعد المعتاد ، ويسوء الاكتئاب فى الصباح مع بطء نفسحركى شديد ونزق وفقدان الشهية وفقدان الوزن و الرغبة الجنسية .

وقد يظهر تبدل مميز أثناء اليوم لشدة المرض صباحا . وكما هو الحال فى نوبات الهوس تعكس الصورة السريرية اختلافات فردية كثيرة ، وقد تأخذ أشكالاً غير نمطية خاصة فى فترة المراهقة .

وقد يكون القلق والألم النفسى والتوتر الحركى أكثر وضوحًا فى بعض الحالات من الاكتئاب ، كذلك قد يكون تغير المزاج مقنعاً بسمات إضافية ، مثل : النزق والتناول المفرط للكحول ، أو السلوك هستيرى الشكل أو تفاقم أعراض رهاب سابقة أو وساوس أو انشغالات بتوهم المرض ويتم تحديد النوبة الاكتئابية خفيفة أو متوسطة الشدة أو شديدة تبعا لعدد وشدة الأعراض .

يستدعى تشخيص النوبات الاكتئابية بدرجاتها الثلاث من الشدة عادة فترة أسبوعين على الأقل ، ولكن تكفى أحياناً فترات أقصر ، إذا كانت الأعراض شديدة بشكل غير عادى وسريعة البداية .

وقد تكون بعض الأعراض المذكورة شديدة ، وقد تكتسب سمات مميزة يعتبرها الكثيرون ذات دلالة سريرية خاصة .

ومن أمثلة هذه الأعراض الجسدية :

(١) فقدان الاهتمام أو فقدان الاستمتاع بالنشاطات عن ماهو عليه فى العادة .

(٢) انعدام الاستجابة للأحداث المحيطة اختلافا عن العادة .

(٣) الاستيقاظ فى الصباح ساعتين أو أكثر قبل الوقت المعتاد .

(٤) يكون الاكتئاب أسوأ فى الصباح .

(٥) وجود دليل موضوعى على بطء أو توتر نفسحركى أكيد (كان يكون محل ملاحظة أو تعليق أشخاص آخرين) .

(٦) فقدان شهية بالغ .

(٧) فقدان وزن (يعرف غالباً بفقدان ٥ ٪ من وزن الجسم فى الشهر السابق) .

(٨) فقدان بالغ فى الرغبة الجنسية غالباً .

ولاتعتبر هذه الزملة الجسدية فى العادة موجودة ، إلا إذا توافرت أربع ظواهر من المذكورة أعلاه بشكل أكيد .

وينبغى استخدام فئات النوبات الاكتئابية خفيفة الشدة والمتوسطة الشدة والشديدة والموصوفة بتفصيل أكثر أدناه فقط بالنسبة للنوبة الاكتئابية الوحيدة الأولى، أما النوبات الاكتئابية التالية .. فيجب أن تصنف تحت واحدة من تقسيمات الاضطراب الاكتئابى المتكرر .

ولقد حددت درجات الشدة هذه بحيث تغطى نطاقاً واسعاً من الحالات السريرية، التى تبرز فى الأنواع المختلفة من الممارسة الطبنفسية . ويشيع التعامل مع المرضى ذوى الاكتئاب خفيف الشدة فى مجالات الرعاية الصحية الأولية ، والإطارات الطبية العامة ، فى حين سوف تتعامل الوحدات الداخلية للطب النفسى بدرجة أكبر مع المرضى ، الذين يعانون من درجات أشد من الاكتئاب .

ويجب تسجيل الإقدام على إيذاء النفس (غالباً من خلال تسميم الذات بواسطة

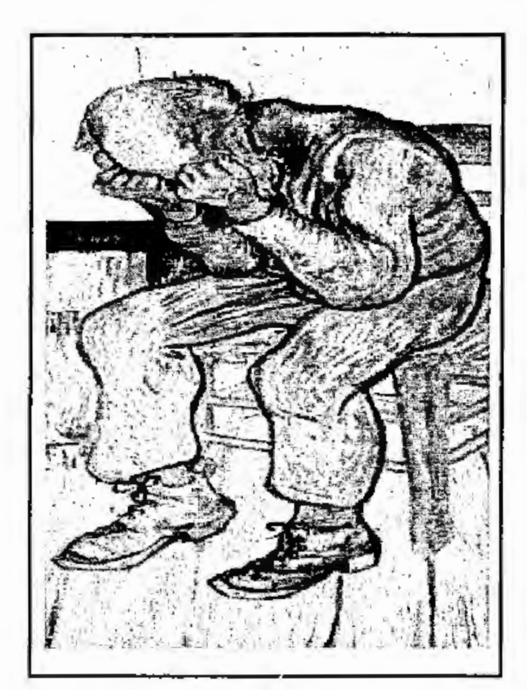


الشجن أو الحزن (ليبرون)



Depression
الاكتئاب

Depression
الاكتئاب



Depression

الاكتئاب

الأدوية الموصوفة) ، والتى تصاحب اضطرابات المزاج (الانتحار) .

ويستند التمييز بين الدرجات الخفيفة والمتوسطة الشدة والشديدة الموصى بها هنا إلى حكم سريرى معقد ، يتضمن عدد ونوع وشدة الأعراض الموجودة .

وعادة ما تكون درجة النشاط الاجتماعى والعملى دليلاً عاماً مفيدا فى تحديد درجة الشدة المحتملة للنوبة . وحيث إن التأثيرات الفردية والاجتماعية والثقافية التى تعترض العلاقة السلسة بين شدة الأعراض والأداء الاجتماعى شائعة وقوية بالدرجة الكافية ، التى تجعل من غير الحكمة إدراج الأداء الاجتماعى ضمن المعايير الأساسية للشدة .

لايستبعد وجود الخرف أو التخلف العقلى تشخيص نوبة اكتئابية قابلة للعلاج ، ولكن صعوبات التواصل مع هذه الحالات قد تجعل من الضرورى أن نعتمد أكثر من المعتاد فى تشخيصها على وجود أعراض جسدية موضوعية قابلة للمشاهدة ، مثل : البطء النفسحركى ، وفقدان الشهية ، والوزن ، واضطراب النوم .

ويتضمن : نوبات وحيدة من : الاستجابة الاكتئابية ، اضطراب اكتئابى ، اكتئاب نفسى المنشأ ، اكتئاب تفاعلى .

أ- نوبة اكتئابية ، خفيفة الشدة مع أو دون أعراض جسدية

Depressive Episode, Mild Severity :

مؤشرات تشخيصية :

المزاج المكتئب وفقدان الاهتمام والاستمتاع وزيادة الإحساس بالتعب هى أعراض ، ينظر لها فى العادة باعتبارها أكثر أعراض الاكتئاب نموذجية. ويستدعى التشخيص الأكيد وجود اثنين أو ثلاثة من الأعراض المذكورة أعلاه .

ب- نوبة اكتئابية متوسطة الشدة مع أو دون أعراض جسدية

Depressive Episode, Moderate Severity :

مؤشرات تشخيصية :

يجب أن تتوافر أربعة أو أكثر من الأعراض المذكورة أعلاه ، فى الغالب يتوافر عدد من الأعراض بدرجة بالغة ، ولكن لايكون هذا ضروريا إذا توافرت كمية واسعة من الأعراض المتباينة بشكل عام . ويجب أن تستمر النوبة الاكتئابية لفترة أسبوعين على الأقل .

يجد الشخص الذى يعانى من نوبة اكتئابية متوسطة الشدة فى العادة صعوبة بالغة فى الاستمرار، فى القيام بنشاطه الاجتماعى أو المهنى أو المنزلى المعتاد .

جـ- نوبة اكتئابية شديدة دون أعراض ذهانية

Severe Depressive Episode without Psychotic Symptoms :

يبدى الشخص عادة ضيقاً أو توتراً بالغاً فى النوبة الاكتئابية الشديدة ، إلا إذا كان البطء سمة بارزة مع فقدان تقدير الذات ، وعادة ما تكون الأحاسيس بعدم الفائدة أو الذنب بارزة . ويمثل الانتحار خطراً محدداً فى الحالات الشديدة بشكل خاص ، والمفترض هنا أن الزملة الجسدية سوف تصاحب واقعياً ودائماً نوبة الاكتئاب الشديدة .

ويجب أن يتوافر كل من الأعراض الثلاث النمطية المذكورة فى الحالات الشديدة والخفيفة والمتوسطة ، بالإضافة إلى ثلاثة أو أكثر من الأعراض الأخرى والتى يجب أن تكون شديدة .



Nightmares

الكوابيس الليلية

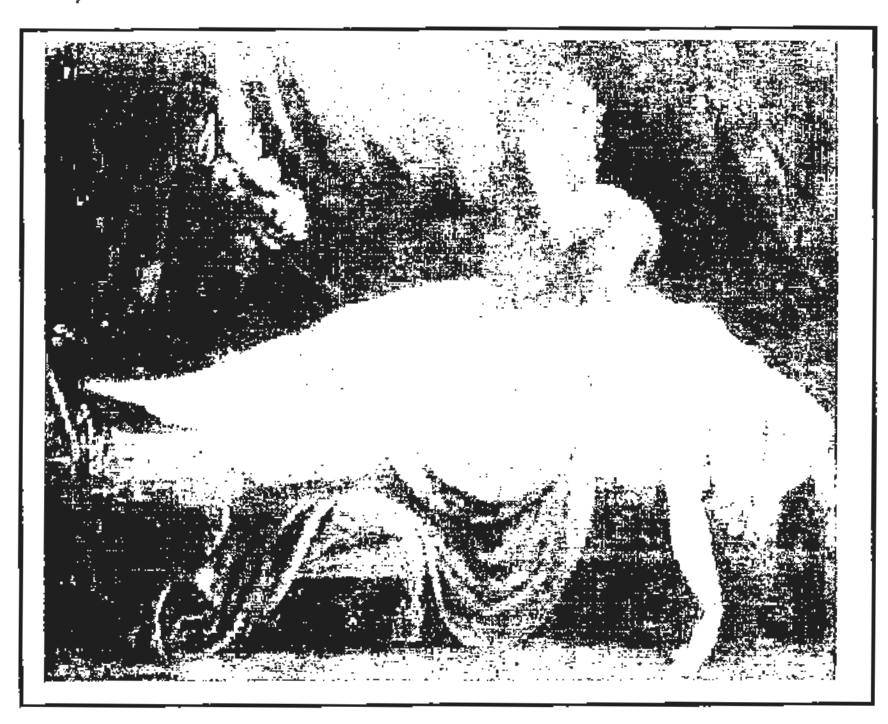
ولكن إذا توافرت أعراض مهمة مثل التوتر أو البطء البالغين ، عندئذ قد لايكون المريض قادراً على وصف أعراض كثيرة بالتفصيل .

وهنا قد يكون من الممكن تقييم النوبة بشكل عام كنوبة شديدة . وينبغى أن تستمر النوبة الاكتئابية فى العادة لمدة أسبوعين على الأقل ، ولكن إذا كانت الأعراض شديدة بشكل خاص ، وذات بداية سريعة .. فقد يبرر ذلك استخدام التشخيص قبل مرور فترة الأسبوعين .

ومن غير المحتمل أن يستطيع الشخص أثناء نوبة اكتئابية أن يستمر فى نشاطه الاجتماعى أو المهنى أو المنزلى ، إلا بدرجة جزئية أو محددة جدا .

وتستخدم هذه الفئة للنوبات الفردية فى الاكتئاب الشديد دون أعراض ذهانية ، أما فى النوبات التالية فتستخدم واحدة من الفئات المذكورة تحت اضطراب متكرر .

ويتضمن : الاكتئاب المصحوب بتهيج (توتر) ، ونوبة اكتئاب جسيم ، واكتئاباً حيوياً .



Nightmares

الكوابيس الليلية

د- نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية

Severe Depressivc Episode with Psychotic Symptoms

هى نوبة اكتئابية شديدة ، تستوفى المعايير المعطاة أعلاه ، وتتوافر فيها الضلالات أو الهلاوس أو السبات الاكتئابي ، وتتضمن الضلالات عادة أفكاراً عن الخطيئة أو الفقر ، أو كوارث متوقعة ، يحمل الشخص نفسه مسئوليتها . وتتمثل الهلاوس السمعية أو الشمية غالبا فى أصوات مشوهة للسمعة ، أو اتهامية ، أو فى روائح قذرة متعطنة أو لحم عفن . وقد يتطور البطء النفسحركى الشديد إلى سبات. وإذا استدعى الأمر .. فإنه يمكن تعيين ما إذا كانت الضلالات أو الهلاوس ملائمة أو غير ملائمة للمزاج .



«علامة أميجا» (Omega) تعبير الوجة فى الملانكوليا



«تعبير الحيرة» على الوجه «Puzzlement» فى الذهان والقلق والاكتئاب والهذيان

(المجلة البريطانية للطب النفسى ٢٠٠٩)

ويحتاج السبات الاكتئابى إلى أن يميز عن الفصام الجامودى الكتاتونى وعن السبات الانشقاقى وعن أشكال السبات العضوية ، وتستخدم هذه الفئة فقط للنوبات الفردية من الاكتئاب الشديدة مع أعراض ذهانية . أما فى النوبات التالية، فتستخدم إحدى فئات اضطراب اكتئابى متكرر .

ويتضمن : نوبات فردية من : نوبة اكتئاب جسيم مع أعراض ذهانية ، اكتئاب نفسى المنشأ ، الاكتئاب الذهانى ، ذهان اكتئابى تفعالى .

٤- اضطراب اكتئابي متكرر (خفيفة أو متوسطة أو شديدة)

Recurrent Depressive Disorder

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة من الاكتئاب ، كما هى موصوفة فى نوبة اكتئابية دون أى تاريخ لنوبات مستقلة من ارتفاع المزاج وفرط النشاط (هوس) . ومع ذلك فقد تكون هناك نوبات قصيرة من ارتفاع المزاج أو فرط النشاط الخفيف ، (هوس خفيف) تعقب النوبة الاكتئابية مباشرة، والتى تنشأ أحيانا بواسطة علاج الاكتئاب . وتشترك الأشكال الشديدة من اضطراب الاكتئاب المتكررة فى سماتها مع المفاهيم المبكرة للاكتئاب مثل اكتئاب الهوس الداخلى ، وقد تحدث النوبة الأولى فى أى عمر بداية من الطفولة حتى الشيخوخة ، وقد تكون البداية حادة أو تدريجية، كما تتراوح المدة بين بضعة أسابيع وشهور كثيرة ، ولكنها تتكرر بمعدل أقل .

وعلى الرغم من أن الشفاء يكون كاملاً فى المعتاد ، إلا أن نسبة قليلة من المرضى يظلون مكتئبين بشكل مستمر خاصة فى العمر المتأخر ، وقد تأتى النوبات الفردية بغض النظر عن شدتها فى كثير من الأحوال ؛ نتيجة لأحداث حياتية مليئة بالإجهاد ، ويحدث ذلك فى كثير من الحضارات ، وبين النساء بضعف معدل النسبة بين الرجال .

احتمال إصابة مريض الاضطراب الاكتئابى المتكرر بنوبة هوس ، هو احتمال وارد دائماً ، بغض النظر عن عدد النوبات الاكتئابية التى مر بها المريض، وإذا حدث ذلك يجب تغيير التشخيص إلى اضطراب وجدانى ثنائى القطب .

٥- اضطرابات وجدانية مستمرة

Persistent Mood (Affective) Disorders

هى اضطرابات مزاجية مستمرة وعادة غير مستقرة ، يندر أن تكون نوباتها الفردية على درجة من الشدة ، تستدعى وصفها بنوبات هوس خفيف أو حتى نوبات اكتئابية خفيفة الشدة . ولأن هذه الحالات قد تستمر لسنوات متواصلة وأحيانا تشغل

الجزء الأكبر من حياة الشخص البالغ .. فإنها تتضمن ضيقاً وعجزاً ذاتيًا شديداً . ولكن فى بعض الأحوال قد تحدث نوبات متكررة أو نوبة واحدة من الهوس أو الاكتئاب ، وهنا تضاف إلى اضطراب وجدانى مستمر .

وقد رؤى تصنيف الحالات الوجدانية المستمرة هنا بدلا من تصنيفها مع اضطرابات الشخصية لما دلت عليه دراسات العائلات من وجود ترابط وراثى بينها وبين اضطرابات المزاج ؛ ولأنها تستجيب أحيانا للعلاجات المستخدمة نفسها فى اضطرابات المزاج . كذلك تم وصف نوعين من المزاج النوابى وعسر المزاج ، أحدهما : مبكر البداية ، والثانى متأخر البداية ، ويجب تحديد ذلك إذا لزم الأمر .

أ- **المزاج النوابى** Cyclothymia :

وهو حالة مستمرة من عدم الثبات المزاجى ، تتضمن فترات كثيرة من الاكتئاب والابتهاج الخفيف (الهوس الخفيف) ، كلاهما ليس بالشدة أو طول المدى، التى تبرر تشخيص اضطراب وجدانى ثنائى القطب أو اضطراب اكتئابى متكرر. وكثيراً مانجد هذا التشخيص بين أقارب مرضى الإضطراب الوجدانى ثنائى القطب ، وقد يصاب بعض أفراد المزاج الدورى باضطراب وجدانى ثنائى القطب. ويتكون عدم الثبات هذا عادة فى بداية الحياة ، ويتخذ مساراً مزمناً ، وإن كان يحدث أحياناً أن يستمر المزاج طبيعيًا وثابتاً لشهور .

وعادة ما لايرى الشخص علاقة بين ذبذبات مزاجه وبين أى أحداث حياتية وهو تشخيص يصعب التأكد منه ، دون فترة طويلة من الملاحظة أو دون تقرير جيد فوق العادة عن سلوك الشخص فى الماضى ؛ لأن ذبذبات المزاج عادة خفيفة نسبيًا ؛ ولأن الشخص قد يستمتع بها ويصبح أكثر إنتاجاً فى فترات ارتفاع المزاج . ولذا فإن المزاج النوابى كثيراً ما لايصل إلى الانتباه الطبى .

وفى بعض الحالات قد يرجع ذلك إلى أن تغير المزاج - على الرغم من وجوده- يكون أقل بروزاً من التغيرات الدورية فى النشاط ، والثقة فى النفس والسلوك الاجتماعى والشهية للطعام .

ويشيع هذا الاضطراب بين أقارب مرضى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب، بل إن بعض الأفراد ذوى المزاج النوابى قد يصابون هم أنفسهم باضطراب وجدانى ثنائى القطب. وقد يستمر الاضطراب طوال فترة حياة البالغ أو يتوقف مؤقتاً أو بشكل دائم ، أو قد يتطور إلى تأرجحات مزاجية أكثر شدة ، تستوفى مواصفات ومؤشرات الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب أو الاضطراب الاكتئابى المتكرر .

ب- عسر المزاج Dysthymia :

هو اكتئاب مزمن فى المزاج ، يستمر لعدة سنوات على الأقل ، وليس شديداً أو ليست نوباته بالطول الكافى لتشخيص أى من الأشكال الشديدة أو المتوسطة ، أو خفيفة الشدة من اضطراب اكتئابى متكرر (على الرغم من أن مواصفات وشروط النوبة الاكتئابية خفيفة الشدة ، يمكن أن تكون قد استوفيت فى الماضى ، خاصة فى بداية الاضطراب) .

ويتباين التوازن بين الأطوار المستقلة من الاكتئاب خفيف الشدة والفترات الطبيعية نسبيا الفاصلة بينها ، وعادة ما تمر على الأفراد فترات أيام وأسابيع متواصلة، يصفون أنفسهم فيها بأنهم على ما يرام ، ولكنهم فى أغلب الوقت (لشهور متواصلة فى كثير من الأحيان) يشعرون بالتعب والاكتئاب ، ويبدو كل شىء مجهداً ، ولايستمتعون بشىء إطلاقاً ، ويجلسون فى سكينة ويكثرون الشكوى، وينامون قليلا ويشعرون بأنهم ليسوا كما ينبغى ، ولكنهم عادة ما يكونون قادرين على التعامل مع الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية ؛ ولذا فإن عسر المزاج يشترك فى كثير مع مفاهيم العصاب الاكتئابى أو الاكتئاب العصابى .



Dysthymia
عسر المزاج



Dysthymia
عسر المزاج

مؤشرات تشخيصية :

السمة الأساسية هى اكتئاب فى المزاج ، طويل المدى لم يكن أبداً ، أو كان فى حالات نادرة جدا على درجة من الشدة كافية لتستوفى المواصفات والمؤشرات الضرورية لتشخيص اضطراب اكتئابى متكرر خفيف أو متوسط الشدة ، ويبدأ عسر المزاج فى بداية الحياة البالغة ، ويستمر لعدة سنوات على الأقل وأحياناً إلى الأبد .

وعندما تظهر البداية فى مراحل العمر المتأخرة ، يحدث عسر المزاج فى كثير من الأحيان عقب نوبة اكتئابية متميزة متزاملة ، مع فقدان عزيز أو أى إجهاد آخر واضح .

٦- اضطراب مزاجي (وجداني) غير محدد

Unspecified Mood (Affective) Disorder

تستخدم هذه الفئة كملجأ أخير ، حين لايمكن استخدام أى اصطلاح آخر .

ويتضمن : ذهاناً وجدانياً ، غير محدد فى مكان آخر.

انتشار الأمراض الوجدانية :

تعتبر اضطرابات المزاج من أكثر الأمراض شيوعاً ، وهى مسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين آلاف من أفراد الشعب، ويكفى القول أن مابين ٥٠ – ٧٠ ٪ من محاولات الانتحار الناجحة بين المجموع العام سببها الاكتئاب .

ومن العسير تحديد نسبة انتشار هذا المرض ؛ نظراً لأن الحالات البسيطة تشفى تلقائياً ولاتتردد على الأطباء ، يزيد على ذلك أن كثيراً من هؤلاء يبدأون مرضهم بأعراض جسمية وفسيولوجية ، كما سيتضح فيما بعد مما يجعل التشخيص صعباً، ويؤدى إلى نسب مختلفة لمدى شيوع هذا المرض .

ولكي يبدو أن الأمراض الوجدانية تنتشر بين أفراد الشعب فى نسبة تتراوح ما بين ٥ – ٦ ٪ بغض النظر عن الحضارة والجهة الجغرافية ، وقد دلت إحصائيات منظمة الصحة العالمية ١٩٨٨ أن نسبة الاكتئاب فى العالم هى حوالى ٥ ٪ ، وأنه يوجد حوالى مائه وأربعون مليون مكتئب فى عالمنا المعاصر ، إذا كان تعداد العالم ستة آلاف مليون نسمة .

ويحتمل فى عام ٢٠١٠ أن تصل النسبة إلى ثلاثمائة مليون ، ولذا يعانى أكثر

من اثنى عشر مليون فرد فى عالمنا العربى من الاضطرابات المزاجية والاكتئابية. ويجب التفرقة بين أعراض الاكتئاب، وهى أكثر انتشاراً واضطراب الاكتئاب ، فالأعراض لاتشكل مرضاً ، ولكنها نتاج تفاعل الظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية معاً، أما المرض فيحتاج لتدخل علاجى طبى .

وقد وجد المؤلف مع د. رجب عبد الحكيم أن نسبة الأعراض والاضطرابات الاكتئابية اقتربت كثيراً بين الريف والحضر ، وتلاشى الاختلاف مما يوضح الانصهار والتمازج فى هيكل المجتمع المصرى ، فقد وجدنا نسبة الأعراض الاكتئابية بين مجموع الشعب فى مجموعة ريفية هى حوالى ٣٦٪ ، مقارنة مع مجموعة من الحضر حوالى ٣٢٪ ، أما الاضطرابات الوجدانية فتراوحت ما بين ٤ - ٧٪ من هذه العينة (١٩٨٩) .

ويتنبأ العلماء بزيادة الاكتئاب نظراً لزيادة متوسط عمر الإنسان ، ومن ثم كثرة الأمراض الجسدية ، وذوبان التكافل الأسرى فى هجرة الشباب ، وحركة الحياة السريعة ، والمغريات التى تتجاوز قدرات الفرد ، وقلة الوازع الدينى وتسيب القيم ، وانخفاض روح الجماعة ، وتغلب الإيثار الذاتى ، والإحساس المتواضع بالقيم الجمالية.

وتشكل الأمراض الوجدانية نسبة كبيرة من المترددين على عيادات الطب النفسى، ونعنى بهذه الأمراض الاكتئاب الخفيف والمتوسط والجسيم وعسر المزاج والمزاج النوابى والاكتئاب المتكرر ، فقد وجد واطسون فى زامبيا أنها تكون ٢١,٤٪ من مجموع المرضى بالمستشفى ، أما كاروثر فقد أحصى نسبة لاتزيد عن ٥,١٪ فى كينيا ، وأعطى توث نسبة ١٩,٤٪ فى الساحل الذهبى ، وكانت نسبة الأمراض الوجدانية فى السودان ٣٣٪ ، أما فى مصر فقد وجد المؤلف مع د.طارق عكاشة نسبة هذه الأمراض بين المرضى النفسيين ، تصل إلى ٢٤,٥٪ موزعة كالآتى :

١٩,٧ ٪ اكتئاب تفاعلى (عسر المزاج) ، و٨,٦٪ ذهان المرح الاكتئابى (اضطراب وجدانى ثنائى القطب) و٥,٢٪ اكتئاب توقف الطمث (نوبة اكتئابية متأخرة) .

وقد لوحظ أن هذه الأمراض يزيد انتشارها بين الطبقات المثقفة ، وكذلك بين الطبقات العليا فى المجتمع ، وهذا عكس ما يحدث فى الفصام .

الأسباب :

تتعدد النظريات فى تفسير الاضطرابات الوجدانية ، ونستطيع الإلمام بأهم هذه النظريات :

١ – العامل الوراثى :

يلعب العامل الوراثى دورا مهمًا فى نشأة اضطرابات المزاج ، وقد تعددت الأبحاث بشأن هذا الموضوع ، وكما سبق أن ذكرنا مع مرض الفصام .. فإن دراسة التوائم المتشابهة تعطى الضوء الكافى لمعرفة مدى أهمية العامل الوراثى ، وقد أجريت للآن سبع دراسات منسقة فى جميع أنحاء العالم بشأن ذلك ، ونستطيع تلخيصها كالآتى :

الباحث	التوائم المتشابهة	التوائم المتآخية
لوكسنبرج ١٩٢٨	٣ من ٤	– من ٥
روزانوف ١٩٣٥	١٦ من ٢٢	٨ من ٣٥
كولمان ١٩٥٠	٤ من ٨	ـــــــــــ
سليتر ١٩٥٣	٤ من ٨	٣ من ١٥
دانونسكا ١٩٥٩	١٥ من ٢١	١٥ من ٣٩
اسمولر ١٩٦٣	١ من ٨	– من ٣
هارفالد ١٩٦٥	٥ من ١٠	١ من ٢٢
ألن ١٩٦٤	٥ من ١٥	١ من ٣٤
برقلسن ١٩٧٩	٣٢ من ٥٥	٩ من ٥٢
متوسط نسبة الإصابة بالمرض	حوالي ٦٥٪	حوالي ١٤٪

ويتضح من هذه الدراسات أن نسبة الإصابة بالاضطرابات الوجدانية بين التوائم المتشابهة تصل إلى ٦٥ ٪ والتوائم المتآخية حوالى ١٤ ٪ وتقل نسبة الإصابة بين أفراد العائلة ، كلما تقدم سن المريض بين المصابين ، وكلما وجدت مسببات نفسية وجسمية .

أما نوع المورثات المسببة للمرض ، فيتفق معظم العلماء على أنها مورثات

سائدة ذات تأثير غير كامل متعددة الأشكال ؛ أي إن العامل الوراثى فى هذه الأمراض يفوق ما وجدناه مع الفصام ، ولكن لايمنع ذلك من تأثير العوامل البيئية فى إظهار الاستعداد الوراثى .

وقد دلت عدة أبحاث على ارتباط الأمراض الوجدانية بعديد من الأمراض النفسية والعقلية والجسمية الأخرى ، منها :

أ- يعتقد البعض أنه توجد ثمة علاقة بين الفصام والاضطراب الوجدانى، فإذا تزوج مريضان أحدهما بالفصام والآخر بذهان وجدانى ، فسيكون أطفالهما إما فصاميين أو وجدانيين أو مزيجاً بين الاثنين ، بل يؤمن البعض أنه أحيانا ما ينجب الفصامى مصاباً بالذهان الوجدانى ، وإن أشار ذلك لظاهرة ما فهو كما سبق الذكر مع الفصام ، أنه يبدو أن الفرد يولد وهو مهيأ بمورثات خاصة للاستعداد للذهان ، وأنه حسب المؤثرات البيئية والفسيولوجية والتاريخ العائلى سينشأ هذا الفرد ؛ ليصاب إما بالفصام أو الذهان الوجدانى ، تبعاً لتفاعل المورثات مع البيئة .

ب- يؤمن العلماء بارتباط الذهان الوجدانى وراثيا بالشخصية النوابية ، وأن هذه الشخصية ما هى إلا استعداد وراثى ضعيف للذهان ثنائى القطب .

جـ- يرى الأطباء أن ثمة علاقة بين الاضطرابات الوجدانية وأمراض الشرايين خاصة تصلب الشرايين ، وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب، والروماتيزم ، والبول السكرى ، حيث إنه لوحظ ترابط قوى بين هذه الأمراض ، ويؤول هذا الترابط بتشابك المورثات المسئولة عن هذه الأمراض .

٢- الشخصية والتكوين الجسمى :

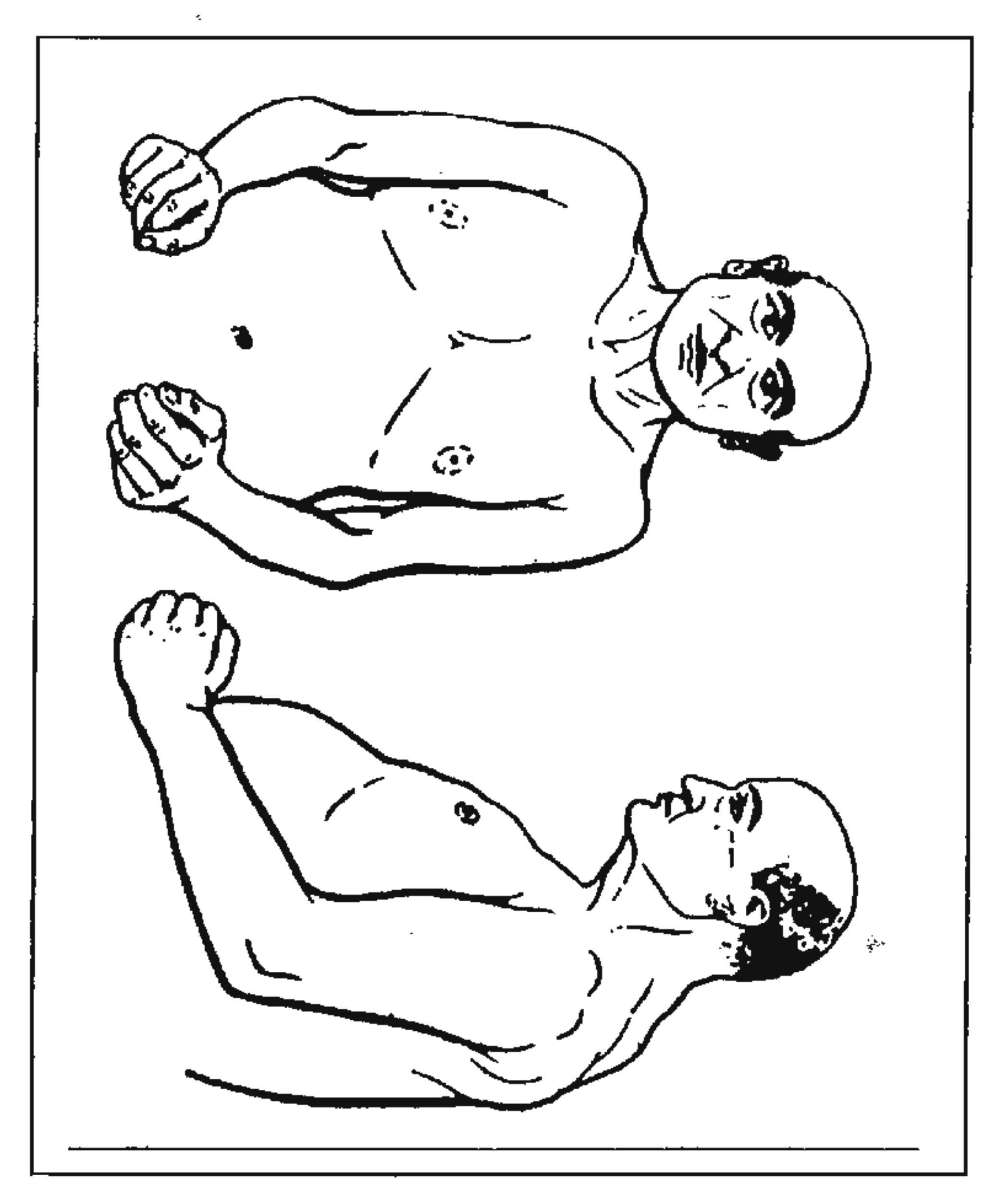
وجد لانج وكذلك كرتشمر (١٩٢٨ - ١٩٣٦) أن حوالى ٣/٤ مرضى الذهان الوجدانى يتميزون بالشخصية النوابية قبل المرض ، وأهم صفاتها : تقلب المزاج من المرح والتفاؤل وحب الحياة والنشاط الزائد ، والطاقة المنطلقة والإقدام والشجاعة إلى المزاج العكسى من سواد واكتئاب وتشاؤم ، وزهد ، وكسل عام والتردد فى اتخاذ القرارات .

ولكن لايصل تغير المزاج فى هذه الشخصية إلى حد المرض أو عدم التوافق الاجتماعى ، كما تتميز هذه الشخصية بحب الاختلاط والانبساطية وسهولة التعامل

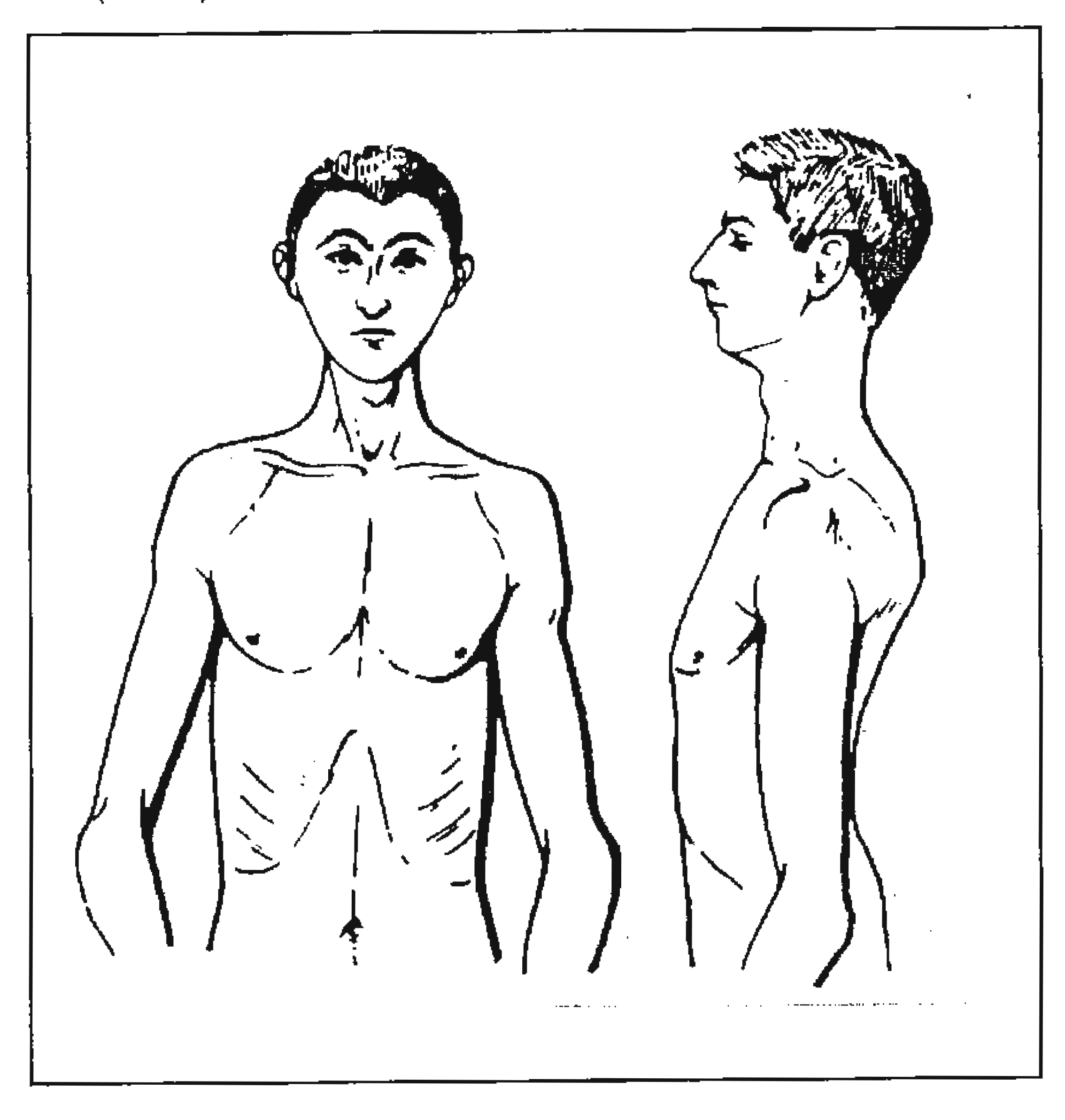
مع الناس ، مع عدم الصلابة فى الرأى وخفة الدم وسلاطة اللسان . وطيبة القلب ، وسرعة الانفعال ، وحب الراحة وسهولة التعبير عن العواطف ، واتخاذ المواقف الإيجابية العملية .

وقد لوحظ كذلك ارتباط الذهان الوجدانى والشخصية النوابية بالتكوين الجسمى المسمى «بالمكتنز» ، ويميل هذا الجسم للبدانة ، مع غلاظة وقصر الرقبة ، ودوران الوجه، وكبر البطن مع أطراف ضعيفة إلى حد ما .

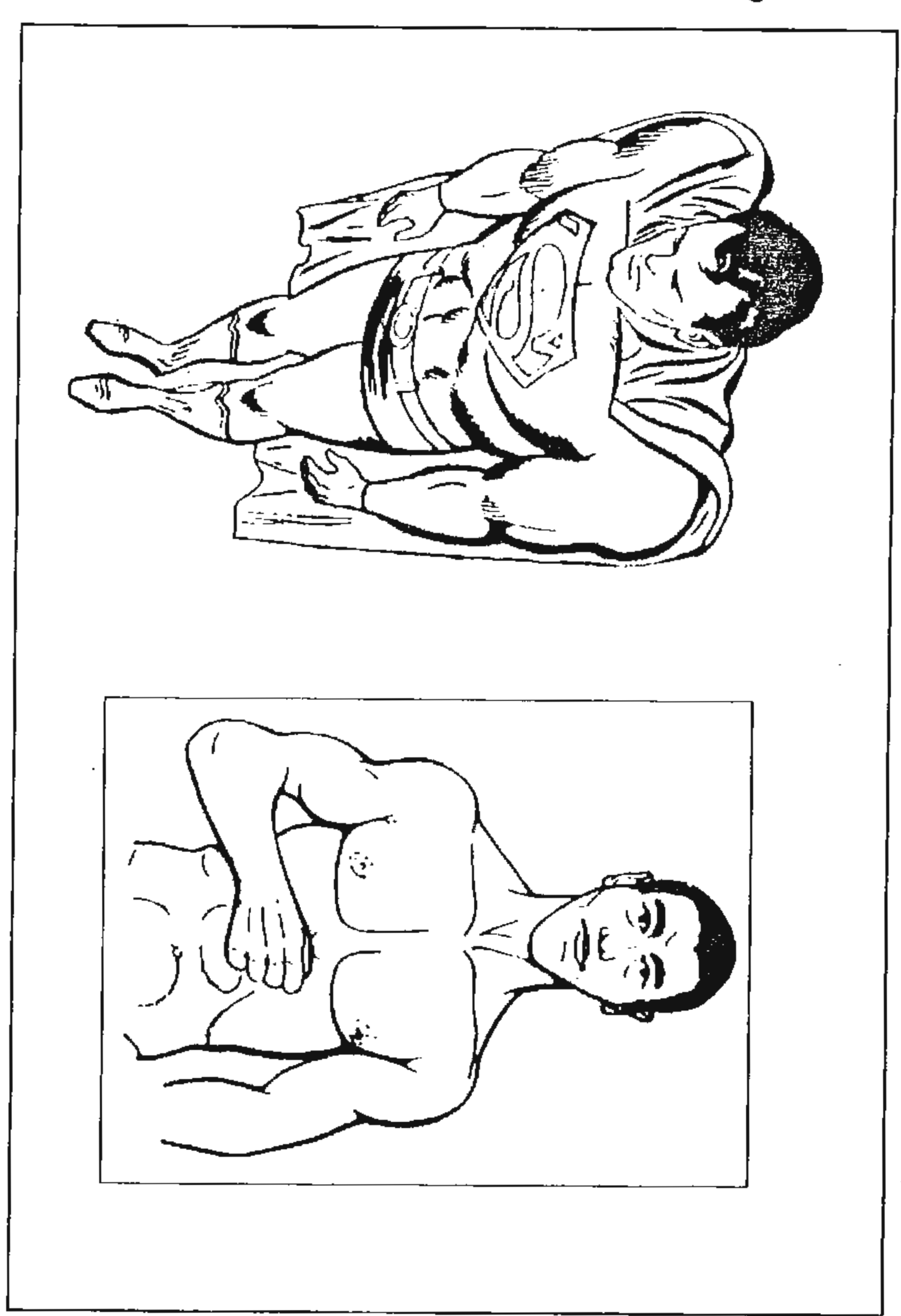
ويرتبط هذا المرض والشخصية، والجسم مع الأمراض الروماتيزمية والسكر، وأمراض القلب والشرايين ، كما سبق أن ذكرنا .



المكون المكتنز



المكون الواهن



المكون العضلى

وتدل الدراسات الحديثة أن نسبة الشخصية النوابية قبل المرض أقل بكثير من التصورات السابقة ، بل إن التصنيفات الحديثة ألغت هذه الشخصية وادرجتها تحت بند اضطراب المزاج النوابى ؛ وذلك لإنها تستجيب للعلاج النفسى والكيميائى فى كثير من الأحوال .

وتزيد نسبة الأمراض الوجدانية بين النساء أكثر من الرجال ، وتصل النسبة إلى ٣ : ٢ ، ويؤول ذلك بأن النساء يقبلن العلاج والتردد على العيادة النفسية أكثر من الرجال ، وأن تشخيص هذه الأمراض فى الرجال عسير بعض الشىء ؛ حيث يأخذ عدة مظاهر خفية ، مثل : توهم العلل البدنية ، والإدمان ، والانتحار .. إلخ، ولو أن هذه النسبة بدأت تقترب بين الجنسين فى الوقت الحالى ، كذلك يؤول البعض هذا الاختلاف باحتمال وجود الصبغيات الوراثية الخاصة بالاضطرابات المزاجية ، وكذلك تعرض النساء للتغيرات الهرمونية .

٣- العوامل النفسية :

ينكر البعض دور العوامل النفسية فى نشأة الاضطرابات الوجدانية ، ويدعى أن كل العوامل النفسية هى نتيجة للمرض وليست سبباً له ، بل هى تنقيب عن المريض فى تاريخه السابق لتأويل سبب مرضه اللعين ؛ حيث إنه لايعلم ماهية نشأته، وأنه من صفات المرض اجترار الخبرات السابقة ، أما رينيه (١٩٤٢) فقد اكتشف فى بحثه أسبابا نفسية فى ٨٠٪ من بين ٢٠٨ من مرضى ذهان الابتهاج الاكتئابى، ولم يستطع إثبات هذه الأسباب فى بقية الحالات .

وقد تعددت النظريات النفسية فى نشأة هذا المرض ، من إحباط لدوافع لاشعورية ، إلى تحدٍ لقدرات الفرد ، أو عدم التوافق بين قدراته وإنجازاته ومايطلب منه ، ويرى فرويد أنّ السبب المباشر هو فقدان موضوع الحب ، مع النكوص للمرحلة الفمية فى تكوين شخصية الفرد .

ولم تستطع الأبحاث الحديثة إثبات علاقة مباشرة بين هذه الاضطرابات والحرمان الأبوى ، أو عمر الأبوين أو ترتيب ميلاد المريض بالنسبة لأخوته ، ولايمنع ذلك من وجود بعض البراهين لارتباط النشأة الطفلية مع أمراض الوجدان عند النضوج، فقد لاحظ هارلو (١٩٦٢) أنه إذا فصل قردة «الريس» عن بقية القردة الصغار، وعن الأبوين نشأت هذه القردة فى حالة انعزالية ، عازفة عن الاختلاط مع الخجل الشديد وعدم الرغبة فى الجنس .

وقد افترض جراى (١٩٥٨) وسكوت (١٩٦٣) أن الفترة الحرجة فى تحديد العلاقة الاجتماعية للأطفال هى ما بين ٦ أسابيع و٦ شهور من العمر، وأنه إذا تعرض الطفل للحرمان الأسرى أثناء هذه المدة ينشأ عنده الاستعداد لنشأة الأمراض الوجدانية عند النضوج ، ولاشك أن التفاعل الأسرى بين الأم والأب والطفل له أثره الواضح فى تكوين الشخصية، وبالتالى تهيئة الفرد لهذه الأمراض بعد نضجه .

وقد ثبت أن أحداث الحياة وصدمات الكرب تسبق اضطرابات المزاج؛ خاصة فى الأسابيع الأربع السابقة لظهور الاضطراب ، أما فى الفصام فأحداث الحياة تسبق المرض بحوالى ستة شهور، والجدير بالذكر أنه عادة ما يسبق النوبة الأولى عوامل نفسية واجتماعية ، أما النوبات التالية فيحتمل ظهورها دون سبب واضح ، وكأنما المخ أصبح قابلا للإيقاد دون منبه (Kinding)، ويوجد كثير من مدارس التفسير النفسى لمرض الاكتئاب والابتهاج ، أهمها :

أ- النظرية التحليلية :

فسر فرويد وإبراهام الاكتئاب على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية فى التطور الجنسى للشخصية ، وأن المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً ناحية موضوع الحب الأول (الأم) ، ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع فى مراحل نموه الأولى ، يتولد عنده الإحساس بالحب والكراهية ، والالتحام والنبذ .

وعندما يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه ، ينكص لحاجاته الأولية وبعمليات دفاعية لاشعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص . ولتناقض عواطفه ناحية موضوع الحب المفقود ، يمتص طاقته ويدمجها نحو ذاته ، نحو الأنا ، ومن هنا يبدأ المكتئب فى الانغلاق والعدوان الذاتى ، واتهام الأنا والإحساس بالدونية ، والتى تطلق الميول الانتحارية ، أما نوبات الابتهاج فهى تعبير عن الحرية الطفلية فى إطلاق العنان لكل غرائزه .

ب- النظرية المعرفية :

وقد سبق شرحها فى العلاج النفسى للاكتئاب مع علاج العصاب ، ويلخصها رائدها الدكتور / بيك فى أن الاكتئاب هو اضطراب فى استراتيجية التفكير، وتكوين نظم فكرية سلبية ناحية الذات والعالم والمستقبل ، ومن ثم يتجه العلاج نحو تغيير هذه النظم الفكرية السلبية بأسلوب العلاج المعرفى ، بعد تقنينه للثقافة والحضارة العربية ؛

حيث إن النظم المعرفية والدينية تختلف فى أوطاننا عنها فى البلاد الغربية (أ. عكاشة - ط. عكاشة ١٩٩٦) .

جـ- نظرية تعلم العجز (سليجمان ١٩٧٥) :

وتتخلص فى أن مواجهة الفرد لأحداث كرب ومشقة مستمرة ، تؤدى إلى اللامبالاة ، والانسحاب وعدم الاستجابة ، ومن ثم الإحساس باليأس والعجز وعدم الحيلة ، ثم ينبع من ذلك أعراض الاكتئاب الأخرى .

وقد بنيت هذه النظرية على أساس نظرية التعلم فى الحيوانات ، وما يحدث لها عند تعرضها لمنبهات كرب وشدة ومشقة .

د- نظرية التهيؤ (براون وهاريس)

يعتمد الاكتئاب هنا على :

(١) التعرض لأحداث حياتية مؤلمة حديثة .

(٢) عوامل التهيؤ :

أ- فقدان الأم قبل سن الحادية عشر .

ب- وجود ثلاث أو أكثر من الأطفال عمرهم أقل من أربعة عشر عاماً.

جـ- غياب الإحساس العاطفى الدافئ مع الزوج ، أو علاقة أخرى دافئة تساند الفرد اجتماعيا .

د- البطالة أو وظيفة مؤقتة .

وقد عززت الأبحاث العاملين الثالث والرابع ؛ خاصة المساعدة الاجتماعية عند التعرض لكرب ، ولكن لم يثبت صدق العاملين الأول والثانى .

٤- العوامل الجسمية : (الغدية، والعصبية، والكيميائية، والفسيولوجية) :

كما ذكرنا فى الفصام علاقته القوية باضطراب الغدد الصماء ، فسنجد تطبيق الشيء نفسه على اضطرابات المزاج أو الأعراض الاكتئابية أو الانبساطية . ونستطيع تلخيص هذه العلاقة فى التالى :

(١) تزيد الأعراض الاكتئابية أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث ، وتشكو النساء من التوتر الداخلى والصداع والانتفاخ ، وسهولة التهيج العصبى، مع حساسية الانفعال وكثرة البكاء ، وهذه الفترة تصاحبها تغيرات

واضحة فى الهرمونات الجنسية السابق ذكرها .

(٣) تبدأ وتزيد وتشتد الأعراض الاكتئابية ، عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية فى ما كان يسمى سابقا بسن اليأس .

(٤) تظهر أعراض ثنائى القطب بكثرة بعد الولادة ، وأثناء التغيرات الفسيولوجية والهرمونية ، التى تحدث أثناء هذه الفترة، وكذلك مع تناول أقراص منع الحمل .

(٥) يصاب مرضى المكسيديما (نقص إفراز الغدة الدرقية) بأعراض اكتئابية شديدة فى حوالى ٤٠ ٪ من الحالات. بل وتبدأ الحالة أحيانا بهذه الأعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلامات العضوية الجسيمة.

(٦) قد يصاب المريض بمرض جريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) بنوبات من الابتهاج الحاد، أثناء نشاط هذا المرض .

(٧) تصاحب نوبات الذهان الدورى من اكتئاب أو ابتهاج مرض كشنج (زيادة إفراز الغدة الأدرينالية)، أو أحيانا خلال علاج بعض المرضى بعقار الكورتيزون .

(٨) تقل نسبة الذهان الدورى قبل البلوغ ، وتزيد مع بدايته .

وإن كنا تحدثنا الآن عن العلاقة بين اضطرابات المزاج والغدد الصماء .. فإن هذه العلاقة نفسها توجد بين هذا المرض واضطرابات الجهاز العصبى، فلقد لوحظ أن كثيراً من أمراض الجهاز العصبى تبدأ فى هيئة اكتئابية أو ابتهاجية ، مثل: زهرى الجهاز العصبى ومرض الإيدز ، والشلل الاهتزازى ، وتصلب شرايين المخ، والتصلب المتناثر ، وأورام الفص الجبهى فى الدماغ ، وكذلك أورام الفص الصدغى سواء كانت أولية أو ثانوية ، والصرع النفسى الحركى .

ويشير شفاء مرضى الاكتئاب بالجلسات الكهربائية وأحيانا بالعمليات الجراحية في الدماغ إلى اضطراب أساسى فى الجهاز العصبى ، وقد وجد أن كثيراً من الأمراض تقوم بدور العوامل المحفزة لنشأة هذا المرض، ومن أمثلة ذلك الإنفلونزا والأدوية المستعملة لخفض الدم المرتفع .

وقد أجرى حديثا كثير من الأبحاث عن علاقة مرضى الاكتئاب الابتهاجى بنسبة المعادن فى الجسم ، وعمليات التمثيل الغذائى المختلفة ؛ فقد وجد مثلا أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد ٥٠ ٪ عن طبيعته . أما الشخص المصاب بنوبة الابتهاج فتزيد هذه النسبة إلى ٢٠٠ ٪ ، وبشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة

إلى طبيعتها . ولإثبات هذه التجربة ، أعطى بعض مرضى الذهان الدورى كمية من هرمون النخامين ،وهو خلاصة هرمون الفص الخلفى من الغدة النخامية ، والذى من طبيعته الاحتفاظ بالماء والصوديوم فى الجسم ؛ فلوحظ أنه ساءت وتدهورت حالة هؤلاء المرضى ، سواء فى نوبات الاكتئاب أو الابتهاج.

وكذلك وجد اختلاف فى اندفاع وتأرجح المعادن بين أغشية خلايا الدماغ، وبالتالى اختلاف فى الطاقة الكهربائية بين هذه الخلايا فى حالات هذا المرض ؛ مما يؤيد النظرية الفسيوكيميائية .

وإذا كنا قد ذكرنا عدة عوامل سابقة فى نشأة هذا المرض .. فإن أهمها هو الأسباب الكيميائية ، والتى أدت إلى تطور بالغ فى علاج هؤلاء المرضى ، والتى أحدثت ثورة فى الطب النفسي والعقلى ؛ فلقد لاحظ البعض منذ عدة سنوات أن كثيراً من مرضى الضغط المرتفع ، والذين يتناولون عقار السيربازيل بانتظام تنتابهم نوبات من الاكتئاب الشديد . وفى الوقت نفسه لاحظ البعض الآخر أن مرضى الدرن الذين يعالجون بعقار المارسيليد يصابون بنوبات من الانبساط والشعور بحسن الحال .

وعلى الرغم من خطورة مرضهم ، وبالتفكير العلمى المنظم والأبحاث الطويلة المضنية ، التى وضعت هاتين الملاحظتين فى الاعتبار ، وجد أن السيربازيل يقلل من نسبة بعض الموصلات العصبية فى المخ خاصة السيروتونين والأدرينالين والدوبامين، وبالتالى يسبب أعراضاً اكتئابية . وأن المارسيليد يزيد من نسبة هذه الموصلات ؛ ولذا يؤدى إلى أعراض انبساطية ، ومن ثم وجد أن إعطاء المارسيليد لمرضى الاكتئاب يشفى عدداً كثيراً منهم ويخفف من آلامهم ، وكان هذا العقار الأساس لنشأة جميع العقاقير المضادة للاكتئاب بدءا من عام ١٩٥٦، كذلك أعطى السيربازيل لمرضى الهوس أو الابتهاج ، وهدأ من حالهم ؛ مما أدى إلى نشأة سلسلة من العقاقير المشابهة فى علاج هذا المرض .

ومما يؤيد نظرية الموصلات العصبية في نشأة مرض الاكتئاب الابتهاجى، وجود هذه المواد بنسبة أعلى من أى جزء آخر فى المخ فى المناطق الخاصة بالانفعال؛ خاصة المهاد التحتانى (الهيبوثلاموس) ، والمخ الحشوى فى السطح الأنسى للمخ ، والغدة الصنوبرية .

كذلك وجد أن نسبة هذه الموصلات فى المرضى المنتحرين من مرض الاكتئاب تقل فى هذه المراكز الدماغية بشكل واضح ، بعد تحليلات دقيقة فى المخ بعد وفاتهم وكذلك بالتشريح والدراسة الكيمائية لمخ بعض مرضى الاكتئاب ، الذين لاقوا حتفهم لأسباب عديدة أثناء علاجهم بعقاقير مضادة للاكتئاب ، وجد أن نسبة

هذه الموصلات العصبية تزيد تدريجيًا خلال العلاج ، وتصل إلى أقصاها فى خلال ثلاثة أو أربعة أسابيع ؛ مما يؤدى إلى العلاقة الوثيقة بين اضطراب الاكتئاب ونسبة هذه الموصلات العصبية فى المخ .

الاكتئاب الشديد مع أو دون أعراض ذهانية :

سبق شرح أعراض وتصنيف الاضطرابات الاكتئابية في بداية هذا الفصل، للتشخيص المقنن الصحيح . وسنصف هنا الأعراض الإكلينيكية بأنواعها المختلفة لكل من اضطراب الاكتئاب والابتهاج . ومرادفات الاكتئاب الشديد عديدة ، فمنها: «ذهان الإبتهاج الاكتئابى» ، «الاضطراب الوجدانى الجسيم» «الاكتئاب العقلى أو الذهانى» «الاكتئاب الداخلى» «الملانكوليا» ... إلخ .

الأعراض الإكلينيكية :

تختلف الأعراض فى هذا المرض بشكل واضح ، وعادة ما تزحف هذه الأعراض ببطء نحو المريض ، وأحيانا تظهر فجأة ؛ خاصة بعد عوامل مثيرة مثل الولادة أو عمليات جراحية ... إلخ ، ويلاحظ فى عديد من الأحوال تغير فى الشخصية والسلوك قبل ظهور الأعراض الإكلينيكية المميزة ، بل أحيانا يبدأ المرض بأعراض عامة ، مثل : صعوبة التركيز ، والتردد ، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات إيجابية كسابق عهد المريض ، وشكاوى وآلام جسدية ، وإعياء وشعور بالتعب وتوهم علل بدنية ، ومحاولات للانتحار ، والإدمان .. وهكذا .

ونستطيع مناقشة الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب الشديد تحت الظواهر الآتية :

١- أعراض اكتئابية وجدانية .

٢- أعراض نفسية أو سيكولوجية .

٣- أعراض فسيولوجية .

٤- أعراض سلوكية .

وأكثر أعراض بداية الاكتئاب شيوعاً ، هى : التعب والإعياء، وصعوبة التركيز، آلام جسدية ، الأرق واختلاف المزاج عما سبق قبل الشكوى من الحزن والاكتئاب .

١- أعراض اكتئابية :

تتميز هذه الأعراض بظاهرة مهمة ، هى التغير النهارى ، وذلك أن شدة الأعراض تزيد فى فترة الصباح ، وتتحسن تدريجياً أثناء اليوم حتى تقل حدتها مساء؛

فيصحو المريض ، وهو فى حالة شديدة من الانقباض والضيق والاكتئاب والسواد ، ويبدأ فى التحسن النوعى فى وسط النهار ، ثم تقل بعد ذلك تدريجيا فى المساء .

ويبدأ الاكتئاب بأعراض بسيطة تتدرج فى الشدة، إن لم تعالج فى بدء الأمر؛ فيشكو المريض أولاً بفقدان القدرة على التمتع بالمباهج السابقة ، أو ما يصفه بتنميل فى العواطف ، مع انكسار النفس وهبوط الروح المعنوية ، ثم يشعر بتغير لون الحياة وقيمتها ، ويبدأ فى التساؤل عن أهميتها ، ويعيش فى سحابه من اليأس والجزع والانقباض .

وهنا تبدأ نوبات متكررة من البكاء الهادئ أو الصراع الحزين ، ثم تزيد وطأة الاكتئاب ، ويشعر بفقدان الأمل ويتخلل ماضيه وحاضره ومستقبله الرعب والخوف والاكتئاب ، ويصيبه الارتباك الشديد ، ويتساءل .. لماذا لا أستطيع التمتع وقد وهبنى الله كل المباهج؟ ماذا حدث لى؟ «كل الألوان متألقة والحياة سوداء» «لماذا لايأتى الموت؟ هل كتب علىّ الانتظار؟» «الحياة لاتستحق » «أسوار الحزن تحيطنى من كل جانب» «إننى لا أستحق الحياة» «تغمرنى الذنوب والشعور بالإثم».. وهكذا ، وكأنه ينظر للحياة من خلال أنبوبة بدايتها ونهايتها مظلمة .

ويشعر الطبيب عادة بإحساس المريض وحزنه، ويتجاوب معه وذلك عكس ما يحدث بين الطبيب والفصامى، وعادة ما تصاحب الاكتئاب أعراضاً عضوية مختلفة خاصة أثناء الصباح، مثل :الصداع، والقئ، والدوخة، وآلام جسمية مختلفة .



المشاعر الانسانية

رسم شارل لوبران

٢- أعراض سيكولوجية :

أ- الوظائف العقلية :

تتأثر هذه الوظائف بالاكتئاب ، ويبدو ذلك فى هيئة مميزة من البطء وقلة الانتباه ، والسرحان وعدم القدرة على التركيز واختفاء سرعة البديهة والاستجابة الانفعالية ، بل وتتأثر أحياناً الذاكرة نظرا لصعوبة التركيز واستدعاء الأحداث الماضية ويتخلل هذا أعراض تردد واضح فى اتخاذ القرارات وارتباكاً فى السلوك ؛ مما يفقد المريض التلقائية والبت فى الأمور .

ب- التفكير :

ينتاب التفكير عدة اضطرابات ، أهمها : الإجهاد الشديد عند التفكير فى أبسط الأشياء ، وكأنه يقوم بعمل شاق بدنى ، ثم تضخيم الأمور البسيطة واجترار مضاعفاتها بطريقة تختلف عن طبيعته ، فالذهاب للعمل يكتنفه المخاوف من العقوبة إذا وقع على وثيقة أو شيك ، وخروج أحد الأبناء تصاحبه أفكار بالحوادث والموت والقتل ، ثم تضخيم أتفه الأشياء كدهان المنزل ، أو الخروج بالمواصلات ، أو تسديد الديون أو الشهادة فى المحكمة أو الجلوس مع الأصدقاء .. وهكذا، وكذلك يتميز التفكير بالاستبطان الذاتى ، والخيال المستمر مع الهموم اللانهائية .

ومن العلامات المميزة لهذا التفكير :

(١) الإحساس بتأنيب الضمير ، والشعور بالذنب ، واتهام نفسه بالخطيئة والتلوث الخلقى والدونية ، وتأخذ هذه الأعراض طابعاً غير واقعى فنجد السيدة البالغة من العمر خمسين عاماً يؤرق ضميرها ابتسامتها لابن الجيران ، عندما كانت فى السادسة عشر من عمرها ، كذلك يبدأ الرجل المسن فى لوم نفسه على وعده الكاذب للزواج بفتاة منذ أربعين سنة .

ويبدأ المرضى فى التنقيب والبحث فى ماضيهم لإيجاد سبب لإرضاء هذه النزعة من الشعور بالخطيئة أو محاولة إيقاع التهم عليها ، أو إغراقها فى قضايا اختلاس أو قضايا خلقية وكثيرا ما يؤول المرض كله لهذا الذنب ، ويجب الحرص فى تصديق هذه المسببات ، والتى هى نتيجة المرض وأحد أعراضه وليست سببه ، ويدل على ذلك اختفاؤها تماما بعد الشفاء وسخرية المريض من أقواله السابقة .

(٢) توهم العلل البدنية :

وهى أكثر الأعراض شيوعا ، بل وكثيرا ما يبدأ المرض بهذه الظاهرة فى حوالى من ٦٠-٧٠٪ من الحالات ؛ مما يجعل المريض يتجه اتجاها خاطئا فى العلاج ، ويتردد على الأطباء الباطنيين الذين يعاودون الكشف عليه مراراً وتكراراً، دون اكتشاف سبب عضوى لآلامه ؛ مما يثير غضب المريض أحيانا قول الطبيب «إنك لاتعانى من شىء .. لاأستطيع أن أجد سببا لمرضك» ، فهنا يشعر المريض بالطامة الكبرى، وأن الأطباء لايصدقونه ولايستطيعون تشخيص مرضه .

وبالطبع يغيب على الطبيب الباطنى فى ذلك الوقت مرض الاكتئاب ، بل وعادة ما ينكر المريض الاكتئاب ويسببه لعلله البدنية ، وأنها إذا شفيت سينتهى اكتئابه ، وهو لايعلم أن هذه الآلام بسبب الاكتئاب وليست سبب مرض عضوى ، وتأخذ هذه الأعراض طابعاً مميزاً مثل الصداع الدائم فى أعلى الرأس ، والدوار ، والطنين فى الأذن ، وضيق التنفس ، وصعوبة الهضم ، وانتفاخ البطن ، وآلام الساقين والذارعين والكتف وحرقان فى الجلد ، وآلام فى الشعر .

وقد شاهدت بعض مرضاى يتعرضون لإجراء عمليات جراحية من استئصال اللوزتين ، والزائدة الدودية وتركيب طاقم أسنان ، ولبس النظارة، وكى الجيوب الأنفية ، وعمل مئات الأشعات والتحليلات دون جدوى ، حتى يتمكن الطبيب من التشخيص السليم وإعطاء العلاج المناسب، ويبدأ المريض فى الإحساس بكل حركاته الفسيولوجية وملاحظة عمليات التنفس والهضم وضربات القلب ، ويصف تفصيلات عديمة القيمة عن كمية العرق واللعاب والبول والبراز .. إلخ، ويصبح أسيرا للوظائف والآلام البدنية ، وتزيد هذه الأعراض صباحاً عنها مساءً، بل ويشير ذلك إلى التغير النهارى المميز للاكتئاب ، والذى سبق ذكره .

(٣) الشعور بعدم الأهمية والتقليل والحط من قيمة الذات أى الإحساس بالدونية واحتقار النفس . ومن هنا تبدأ الأفكار الانتحارية ، وأتذكر رجلا مسناً كان يكرر محاولات انتحاره يوميًا ، لأنه لايستحق أبناءه الضباط والأطباء ، وأنه عار عليهم وعبء ثقيل ، ومجال للسخرية على الرغم من احترام

هؤلاء الأبناء لأبيهم، الذى كافح لتربيتهم ، وإعطائه كافة الحقوق والاحترام الأبوى ، ولكنه مرض الاكتئاب الذى جعله يتجه إلى هذه الوسيلة السوداوية .

وفى زيارة لأحد مرضى الاكتئاب ، بكى المريض وتوسل إليّ أن أعطيه حقنة لإنهاء حياته ، وأنه لايستحق مصاريف العلاج وأنه عبء ثقيل على العائلة.. وكذلك مريض فى سعة من العيش ، يؤمن أنه فقير وفاشل ومحطم ويجب التخلص منه . وعندما تزيد وطأة هذا الإحساس ، تظهر الضلالات ويتميز الاكتئاب بضلالات مميزة .

(٤) الضلالات :

يغلب على مرضى الاكتئاب ضلالات العدمية وتعنى الإحساس بفقدان أو غياب أحد أعضاء الجسم أو توقفه عن العمل فيشكو المريض بأن رأسه فارغة ، وأن المخ اختفى ، أو أن الجهاز الهضمى توقف عن العمل ، ويدوام على المعاناة من فراغ صدره من الرئة والقلب وأنه أصبح فى عداد الأموات ، وبعضهم يتمادى ليقول إن الجهاز العصبى أصيب بشلل تام وعدم الحركة ، وذلك على الرغم من القيام بالعمليات الفسيولوجية على أكمل وجه .

كذلك تنتشر ضلالات الفقر والفشل والإفلاس دون أساس لهذه الاعتقادات الخاطئة . وأحياناً تبدأ هذاءات اضطهادية ، تتواكب مع محتوى التفكير بأنه تدبر له مؤامرة للخلاص منه ، وأنه تحت الرقابة المستمرة ، وأنهم يريدون إفلاسه وإعلان فقره ، وأنه يستحق ذلك، وعبثا مناقشته بعدم صحة هذه الاعتقادات .

جـ- اختلال الأنية والعالم الخارجي (تبدد الذات والواقع) :

يشعر المريض بأنه قد تغير وفقد شعوره بالمباهج السابقة ، وأنه لايشعر بالألم أو السعادة ، ويبدأ فى النظر للمرآة مشدوهاً لما أصابه من تغيير ، ويتعجب لإحساسه بأنه على الرغم من يقينه أنه هو ذاته ، إلا أنه يحس أنه تغير فى نظرته وسلوكه وسيره ، بل إن العالم حوله قد تغير ، وأصبح لايعطيه الاستجابة نفسها وأنه غير حقيقى ، وينظر إلى الحياة من خلال سحابة كثيفة معتمة .

د- الهلاوس والخداعات :

وتظهر أحياناً مع مرضى الاكتئاب بعض الهلاوس السمعية والبصرية ، وعادة يتوافق محتواها مع بقية تفكيره السوداوى ، فنجد الأصوات تتهم المريض بأنه لا يستحق الحياة ، وأن الموت ينتظره وأنه محتقر ، وفاشل وفقير وخائن ، وكذلك يرى هلاوس بصرية فى هيئة أشباح مفزعة وجثث وانتحارات .. إلخ ، وتظهر الخداعات فى هيئة سوء تأويل للواقع ، يأخذ الطابع السوداوى .

هـ- كثيراً ما يطلق الاكتئاب أعراضاً عصابية هستيرية أو قهرية ؛ مما يجعل الطبيب أحياناً يميل إلى تشخيص العصاب ، ولكن يجب أخذ كل الأعراض فى الاعتبار ؛ حتى لايغيب تشخيص الاكتئاب فى مثل هذه الحالات .

٣- أعراض فسيولوجية :

وهى من أهم الأعراض التى تميز الاكتئاب الذهانى ، ويعتقد البعض كما سبق الذكر أن هذا الاكتئاب اضطراب فسيولوجى أولى بسبب اضطراب الموصلات العصبية فى مراكز الانفعال فى الدماغ ؛ وخاصة الهيبوتلاموس والمخ الحشوى ، مما يسبب الأعراض الآتية :

أ- اضطراب النوم :

وهو أكثر الأعراض شيوعاً ، ويعانى المريض من الأرق الشديد الذى يجعل حياته سلسلة من المعاناة والألم ، ويختلف نوع الأرق تبعاً لشدة المرض ، فمن صعوبة فى بدء النوم والتقلب فى الفراش لساعات حتى الفجر، للقلق والأرق طوال الليل مع الأحلام المزعجة والكوابيس الثقيلة ، بل أحيانا ينام المريض ويصحو صباحاً ، وكأنه قد قطع رحلة مضنية شاقة، مرهقا متعبا وكأنه لم ينم طول الليل .

أما الأرق المميز للاكتئاب الشديد ، فهو اليقظة فى الفجر أو حوالى الثانية أو الثالثة صباحا بعد النوم لمدة بسيطة ، وعدم قدرة المريض على الخلود للنوم ثانية، وهى من أتعس فترات مريض الاكتئاب ؛ حيث ينتابه الشعور بالحزن والسواد وكل الناس نيام .

وتفرق هذه اليقظة المبكرة والأرق المميز بين الاكتئاب الشديد والمتوسط والخفيف وأنواع الاكتئاب الأخرى ، ولو أن بعض الأبحاث (هنتون ١٩٦٣) تشير إلى أن نوعية الأرق لا تميز بين نوعى الاكتئاب ، وأنه كلما اشتدت الأعراض وزاد

وفقدان القدرة الجنسية في الرجل من أهم الأعراض التي تميز مرض الاكتئاب، وهنا يصاب المريض بالخداع الذاتي ، ويؤول اكتئابه للضعف الجنسي، والعكس صحيح أنه فقد القدرة لأنه أصيب بمرض الاكتئاب .

ويتجه هؤلاء المرضى لأطباء الجهاز التناسلي ، ويبدأون في سلسلة من الهرمونات وتدليك البروستاتا، مع إهمال الجانب الوجداني حتى تظهر بقية الأعراض وتتضح الحالة بأنها اكتئاب ذهاني .

وأتذكر المريض الذي أخذ يناقشني طويلاً عن كيفية نصيحته بالعلاج الكهربائي على مخه ، وهو يعاني من ضعف جنسي ، وما العلاقة وعبثاً حاولت إقناعه بأنه يعاني من مرض الاكتئاب ، وهو الذي سبب له هذا المرض ، وأخيراً استسلم وهو غير مقتنع بالعلاج . وبعد الجلسة الرابعة كانت قوته الجنسية قد عادت إلى طبيعتها ، وبالطبع لاأعني هنا أن كل حالات الضعف الجنسي هي أمراض اكتئابية ، بل سبق أن ذكرنا أن الغالبية من هذه الحالات تمثل القلق النفسي ، ولكن علينا ألا نتغاضى عن الاكتئاب ، والذي أحيانا ما يبدأ بهذه الأعراض ، قبل ظهور بقية علامات المرض .

وتشعر المرأة بالنفور من الجنس ، والبرود الجنسي عند بدء مرض الاكتئاب وتتعجب لهذا التغير ، على الرغم من حبها الشديد لزوجها ، ويدهش الزوج لما طرأ على زوجته ، بل ويتهمها أحيانا بأنها فقدت حبها له ويولد ذلك متاعب وصراعات مختلفة ، وكثيرا ما تضطرب الدورة الشهرية .. فمن انقطاع الطمث إلى كثرة تردده إلى نزيف شديد ، أو مجئ الدورة ليوم واحد ، وعبثا تكون محاولات أطباء النساء في العلاج بالهرمونات لتنظيم هذه الاضطرابات ، والتي يكون سببها اضطراب مراكز الهرمونات في المخ التي تنظمها دائرة الانفعال التي تضطرب أثناء الاكتئاب .

إذاً يجب التذكر ؛ بأن كثيراً من الاضطرابات الجنسية يكون سببها مرضاً اكتئابياً ، يختفي وراء هذه الأعراض ؛ مما يجعل التشخيص يتجه اتجاها خاطئا منذ البداية .

٤- أعراض سلوكية :

يؤثر الاكتئاب على النواحي المختلفة من حياة الفرد ، وينعكس ذلك في كل تصرفاته وسلوكه .

ونستطيع تلخيص هذه الأعراض كالآتى :

أ- المظهر الخارجى :

تبدو على وجه المريض سحنة الحزن والكآبة ، فتظهر عيناه متعبة مرهقة وجفونه العليا مسدلة ، والسفلى مجعدة منتفخة ، وتتقوس حواجبه فوق العيون الحزينة، وتتدلى زواية الفم ، وكأنه لايستطيع رفع فكه وترتسم على الشفاه علامات الامتعاض واليأس ، ويسير المريض مقوس الظهر ، لايستطيع رفع عينيه ولايحرك يديه أو يعبر عن ذاته ، وإذا تكلم فيصوت منخفض متهدج متقطع والكلمات تكون بسيطة ، تخرج من فمه بصعوبة ، وكأنه يحرم نفسه من أحقيته فى الشكوى .

لايستطيع الناظر لهذا المظهر الخارجى أن يخطئ فى تشخيص أن هذا الإنسان يعانى من آلاما نفسية شديدة ، وأنه فقد رغبته فى الحياة ، وبالتالى يلزم علينا مساعدته .

ب- السلوك الخارجى :

تقل قدرة المريض على العمل ، بل ويرفض أحياناً الذهاب إليه ، وتصبح الزوجة غير قادرة على القيام بالأعباء المنزلية أو العناية بأولادها ثم ينعزل المريض عن المجتمع ، ويرفض مقابلة أصدقائه ، ويعزف عن قراءة الجرائد أو سماع الراديو أو مشاهدة التليفزيون ، ويدوام على الشكوى بأن الحياة مملة ولايوجد ما يستحق المعاناة اليومية ، بل وينتظر الموت ، ثم يبدأ فى إهمال ذاته ونظافته .. فلايهتم بملبسه أو حلاقة ذقنه ، أو قص أظافره ولايستحم لأيام أو أسابيع وتفقد المرأة اهتمامها بمظهرها الخارجى ، فلا تمشط شعرها ولا تعتنى بملبسها ولاتغتسل ، ويلاحظ تحسن المريض بالبدء فى الاهتمام بمظهره والعناية بنفسه ، ويؤخذ ذلك فى الاعتبار عند تقييم درجة الشفاء .

جـ- النشاط الحركى (السبات أو التهيج) :

يتميز مرض الاكتئاب بالهبوط الحركى ، والكسل العام والخمول الذهنى والجسدى ، والذى يصل أحياناً إلى حد عدم الحركة والشلل التام والغيبوبة الاكتئابية ، وهنا يتوقف المريض عن الحركة والكلام والطعام والشراب . وتحتاج مثل هذه الحالات إلى الدخول الفورى للمستشفى . وأحياناً ما يصاب مريض الاكتئاب بعكس هذا وتزيد حركته ، ولايستطيع الجلوس ، ويبدأ فى السير ذهابا وإيابا دون توقف ويفرك يديه ، ويهز رجليه وترتجف أطرافه ويكثر كلامه ، ويعبر عن تبرمه وضيقه بالصراخ ، وتظهر هذه الإثارة والتهيج بوضوح فى حالات اكتئاب توقف الطمث .

د- الانتحار :

يعتبر الانتحار فى الاكتئاب من أكثر الأعراض خطورة ؛ نظراً لما يحويه من إنهاء الفرد لذاته . وكما ذكرنا سابقا فإن مابين ٥٠ - ٧٠٪ من الانتحار الناجح يكون سببه الاكتئاب ، الذى لم يتم تشخيصه ، ويؤول ذلك أن هذا المرض أحياناً ما يزحف ببطء وبأعراض خفية كأعراض جسمية أو أرق أو اضطرابات جنسية أو عدم اهتمام المريض بما حوله ، بحيث لايشكو مباشرة من الاكتئاب . ويغفل على الناس والأطباء التشخيص ، ونجد أنفسنا مرة واحدة فى مواجهة مشكلة الانتحار ، بل أحياناً ما يبدأ اكتشافنا للمرض بهذه المحاولة .

ويكثر الانتحار بين المسنين وبين هؤلاء ذوى الشخصية المتكاملة السوية ، وفى الحالات الحادة الشديدة ؛ خاصة عندما تزيد أعراض التهيج والإثارة واليأس وتأنيب الضمير والشعور بالذنب ، وتأخذ محاولات الانتحار فى الاكتئاب طابعا جديا وليس كما هى الحال فى الهستيريا ، فنجد المريض يحاول شنق نفسه أو إطلاق الرصاص على رأسه أو إلقاء نفسه من أعلى أو فتح أنبوبة الغاز ... وهكذا .

وأحياناً ما يصاحب عملية الانتحار قتل بعض أو أحد الأعزاء أو الأقرباء ، ولايقتل المريض للرغبة فى القتل ، بل اعتقاداً منه أنه ينقذ أحباءه من هذه الحياة المظلمة والتعاسة الأبدية ، وأنه لايستطيع تركهم يعانون كما يعانى .. فنجد الزوج يقتل أولاده وزوجته ثم ينتحر ، أو تقتل الأم طفلها ثم تنتحر، ولذا فهذه القصص التى نقرأها يوميا فى الجرائد لاتعبر عن جنون ، بل عن أفراد يعانون من الاكتئاب الذهانى الجسيم، ولم يستطع أحد الوصول إلى تشخيصهم ، وبالطبع يمكن إنقاذهم ، إذا بدأنا فى علاجهم مبكراً ، وإذا تذكر الأطباء دائماً مرض الاكتئاب فى هؤلاء الذين يعانون من أعراض جسمية مختلفة .

وفى أحد الأبحاث الحديثة ، وجد أن سبب الوفاة فى ٣٨٪ من الأطباء الأمريكيين قبل سن الأربعين هو الانتحار ، وأن نسبة الانتحار بين مرض الاكتئاب تتراوح ما بين ١٥ - ٢٠٪ وتزيد المحاولات غير الناجحة عن هذه النسبة .

وقد قام المؤلف بالاشتراك مع د. لطيف فى دراسة ظاهرة الانتحار فى مصر (١٩٧٩) ، فى المترددين من مرضى الإستقبال على مستشفى عين شمس ، وقد وجدنا أن نسبة الانتحار فى القاهرة حوالى من ٣ - ٤٪ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة ، وهى نسبة بسيطة إذا قورنت بالدول الأخرى حيث تصل نسبة الانتحار فى المجر، ألمانيا،

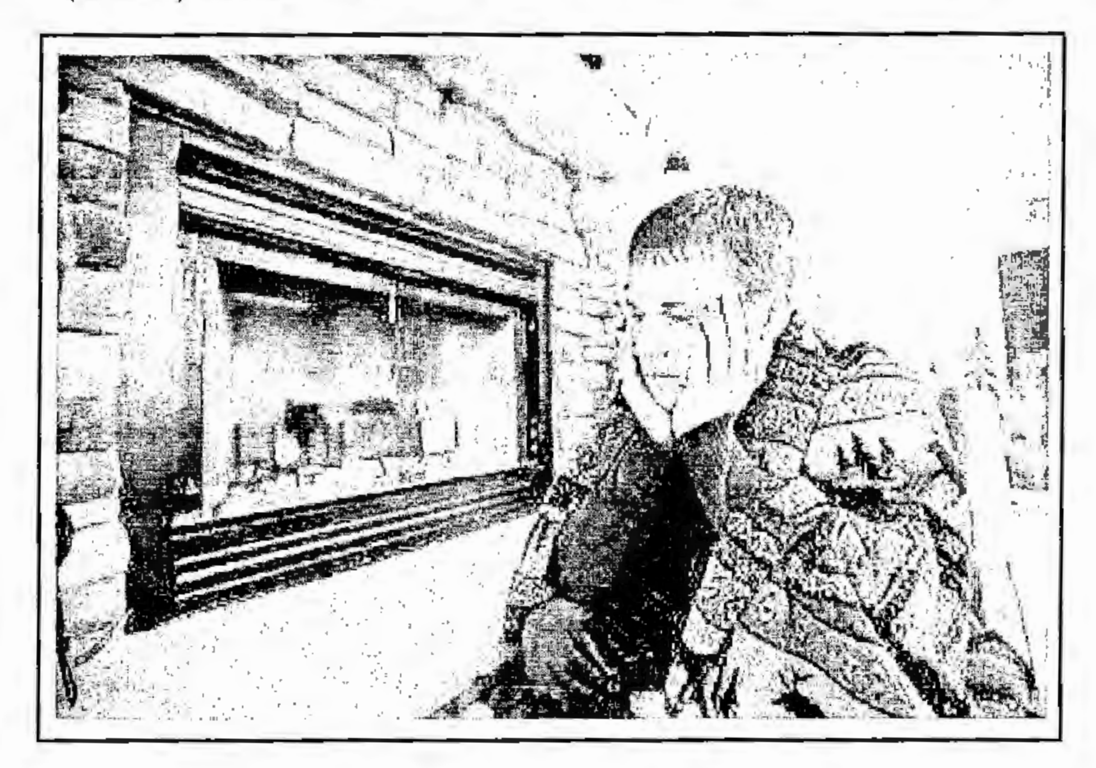
الدنمرك، والآن في بلاد الكتلة الشرقية مثل لاتفيا ، استونيا وأوكرانيا إلى حوالى من ٨٠–٩٠ ٪ فى كل ١٠٠,٠٠٠ نسمة، السويد من ٣٠ – ٤٠ ٪ لكل ١٠٠,٠٠٠ ، وفرنسا وبريطانيا والولايات المتحدة من ١٠ – ١٢ ٪، وتقل فى البلاد الكاثوليكية مثل إسبانيا وإيطاليا إلى حوالى ٧ ٪ فى كل ١٠٠,٠٠٠ نسمة.

بعد أن استطعنا تلخيص أعراض الاكتئاب تحت أربع مجموعات ، هى : السواد وأعراض نفسية وأعراض فسيولوجية وأعراض سلوكية .. إلا أنه أحياناً ما يظهر المرض بمجموعة واحدة من الأعراض ، بل بعرض واحد من أحد هذه المجموعات، بل كثيراً ما ينكر المريض الاكتئاب عندما يحس بالأعراض الأخرى دون الإحساس بالاكتئاب المباشر .

وهنا يجب الحرص عند الفحص وتحليل كل عرض بدقة وأمانة . فإن كان المريض يعانى من آلام جسمية وصداع وقئ خاصة فى الصباح ، بل وهذه الأعراض توقظه الساعة الرابعة صباحاً ، وتجعل حياته لاتطاق ، مصحوبة بفقدان الطموح والاهتمام .. عندئذ يحتمل إصابته بالاكتئاب . وإن فقدت الزوجة رغبتها الجنسية نحو الزوج ، ورفضت الخروج من المنزل لزيارة الأصدقاء ، بل فضلت الجلوس فى حجرتها مع نوبات من البكاء دون سبب .. فهنا يجب أن تفكر فى مرض الاكتئاب ، وإذا بدأ الموظف يشكو قلة كفاءته وصعوبة التركيز وتردده فى اتخاذ القرارات ، مع فقدان الشهية .. لاتنس الاكتئاب ... وهكذا .

وقد قام د. عبد الجواد ود. عرفة بمقارنة ظواهر الاكتئاب فى مصر مع بعض البلاد الأوربية والأسيوية ، ووجدا اختلافاً فى الشعور بالذنب والأرق ، والقلق، والميول الانتحارية ، والتوهم المرضى الجسمى (١٩٨٣) .

ومما يزيد التشخيص تعقيداً وجود زملة من الأعراض دون السحنة الاكتئابية ، ولذا فهى تسمى أحياناً بالاكتئاب الباسم ، أو الضاحك ، أو المقنع ، وتتميز بالأعراض والشكاوى الجسدية .



Seasonal Affective Disorder
الاضطراب الوجداني الموسمى



Seasonal Affective Disorder
الاضطراب الوجداني الموسمى

ونتعرض فيما يلى لبعض أنواع الاكتئاب :

١- الاضطراب الوجداني الموسمي :

Seasonal Affective Disorder (SAD)

لوحظ وجود نوع من الاكتئاب الموسمى ، يظهر فى فصل الشتاء عندما تختفى الشمس لمدة طويلة فى البلاد الشمالية ، ويختلف عن نوبة الاكتئاب السابق شرحها فى أن المرضى يعانون من إفراط فى الشهية ؛ خاصة بالنسبة للنشويات ، وإفراط فى النوم، وظهور الأعراض فى هيئة موسمية فى فصل الشتاء ، ويستجيب هؤلاء المرضى للتعرض للضوء الصناعى مدة ساعتين إلى ثلاث ساعات يوميًا أكثر من استجابتهم للعقاقير المضادة للاكتئاب أو جلسات الكهرباء . ويحتمل وجود علاقة بين هذا المرض ، وهرمون الميلاتونين والذى يتأثر بالضوء .

وبدأ الاهتمام حديثا باضطراب مماثل فى البلاد الحارة ، عندما يزيد ضوء الشمس ، ويتعرض المرضى لاضطراب اكتئابى موسمى فى فصول الصيف .

٢- الهوس (الابتهاج) :

الهوس أكثر ندرة من الاكتئاب ، وأحياناً ما يتناوب مع نوبات الاكتئاب ، فتارة اكتئاب وأخرى ابتهاج وأحياناً تتكرر نوبات الابتهاج دون نوبات اكتئابية ، ولكن نعتبر النوبتان جزءاً من الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب . وتختلف أعراض ذهان الابتهاج حسب شدة الحالة ، ونستطيع تصنيف ذهان الابتهاج إلى :

أ- الابتهاج (الهوس) تحت الحاد (الخفيف) .

ب- الابتهاج (الهوس) الحاد .

جـ- الابتهاج (الهوس) المزمن .

أ- الابتهاج تحت الحاد (الخفيف) :

هو أخف أنواع ذهان الابتهاج (الهوس) ، وله درجات . ففى أخف درجاته، لايلاحظ الناس على المريض شذوذاً فى تصرفاته، ولكن يعلق الأقارب والأصدقاء أن المريض أصبح أكثر سروراً وبهجة عن المعتاد .. أكثر نشاطاً وحركة عن المألوف .. وأسرع تفكيراً وبديهة عن سابق عهده، ولو أنه لايأتى بأى أفعال مخلة بالآداب أو الإعراف .

وعندما تشتد الحالة ، يتخلص المريض من آداب السلوك الاجتماعى والتقاليد المعروفة ، ويهمل عمله وعائلته ؛ مما يدل على تدهور إحساسه بمسئولياته الأخلاقية والاجتماعية ، كما يشعر بثقة فائقة بنفسه وغرور واضح فى قوته وذكائه ، ويتباهى دون حرج بقدراته الفائقة ، ولايمتنع عن ذكر الناحية الجنسية ، ويدلى برأيه فى أى موضوع دون قيد ، ويتشبث بهذا الرأى ويتهم ويلعن من يعارضه، ويتدخل فى أعمال الآخرين ، وإذا قوبل بأى مقاومة .. فلامانع من أن يتدخل جسديًا ، ويتهكم على كل معارضيه ، ويبدأ فى القيام بمشروعات كثيرة ليست فى مقدرته .. فنجده يشترك فى مشروعات تجارية وزراعية وصناعية . دون علمه بأية تفصيلات عنها ، وتتحول سرعة التفكير إلى تطاير فى الأفكار ؛ بحيث ينتقل بسرعة فائقة من موضوع إلى آخر، دون إكماله مع إضافة تفصيلات تافهة ليس لها علاقة بالموضوع الرئيسى .

وتكثر الحركة ولايكف المريض عن الكلام أو الغناء أو المشى ، ولايشعر بأى تعب أو إرهاق ويتمادى فى الزهو بقوته وذكائه ، ويقل النوم ويرفض المريض استشارة الطبيب نظراً لاقتناعه التام بسلامة حالته ، بل وتفوقه على الطبيب الذى سيفحصه .

ب- الابتهاج (الهوس) :

ينشأ هذا النوع كتفاقم لعدم علاج الابتهاج تحت الحاد أو يظهر فجأة بأعراض حادة، وتتشابه أعراض الابتهاج الحاد بما سبق ذكره فى الابتهاج تحت الحاد، ولكن بدرجة أشد، وأهم ما يميزها :

(١) المرح والنشوة والبهجة المستمرة مع الإحساس بقوة جسدية خارقة ، مع اختلاف المظهر الخارجى بطريقة واضحة .. فنجد سيدة الخمسين عاما تتبهرج بمبالغة شديدة ، وتضع مساحيق التجميل المتعددة الألوان دون تناسق جمالى، وتلبس الألوان الزاهية ، وتبدأ فى سلوك جنسى استفزازى ، وتزور جميع الجيران والأصدقاء فى الساعات الأولى من النهار ، وتتفاخر بمغامراتها العاطفية وإغرائها الجنسى ، وتفشى أسرار زواجها بل والعلاقات الزوجية الخاصة ؛ مما يسبب أزمات شديدة فى حياتها الحاضرة والمستقبلية ، ولذا يجب الإسراع بإدخالها إحدى المستشفيات لحمايتها من أخطائها المرضية .

كذلك نجد الرجل الوقور فجأة يلبس أربطة العنق الصفراء والحمراء ،

مع وضع وردة فى الجاكتة ولبس قمصان زاهية ولامانع من الخروج ببنطلون قصير ، ويبدأ فى معاكسة الفتيات الصغيرات ، بل ويتقدم للاقتران بإحداهن ويحاول معاكسة السيدات .

ويضفى المريض فى هذه الحالة جوا من السعادة والبهجة على من حوله على الرغم من بذاءته وسلاطة لسانه .. إلا أن النشوة التى يعيش فيها تصبح معدية ، ويصير كل من حوله يبتسم أو يضحك من تصرفاته ، ولايتقيد بأى اخلاقيات ، ويصبح مشاغباً لدرجة النصب والعهر والإجرام.

(٢) كثرة الحركة والتهيج والإثارة دون هدف واضح ، ودون الشعور بالإرهاق والتعب، ويستمر المريض فى هذا النشاط الزائد لمدة أيام أو أسابيع دون الإحساس بأى خمول .

(٣) الرغبة الملحة فى السيطرة والسيادة وإعطاء الأوامر والعنف الشديد إذا قاومه أحد أو حاول اعتراض طريقه ، ويعلق على تصرفات الغير بكلمات بذيئة دون احترام لأى شخص ، والاعتداء على الآخرين بالسب والضرب وتخريب ما حوله ، إذا واجه أى اعتراض .

(٤) تطاير الأفكار بشدة، والبدء فى حديث ثم الانتقال إلى موضوع آخر دون ترابط بين الموضوعين ؛ مما يجعل كلامه الكثير دون معنى أو هدف محدد، ومما يشعر المستمعين بأن هذا الشخص مصاب باضطراب واضح فى تفكيره وكلامه .

(٥) سرعة الانتباه والبديهة ، والإحساس الشفاف بكل ما يحدث حوله مع الشك المستمر فى نوايا الغير نحوه مع حدة الذاكرة ؛ مما يجعل مجاراته عسيرة ومما يرهق القريبين منه .

(٦) الغرور الشديد مع ضلالات العظمة والنبوة والذكاء والشفافية والقوة ، المصحوبة أحياناً بهذاءات الاضطهاد ؛ تبريراً لعظمته وأحياناً ما يصاحب هذه الضلالات من هلاوس سمعية وبصرية .

(٧) أحياناً ما يعانى المريض من اختلاط عقلى وتشوش فى الوعى ؛ خاصة فى الحالات الحادة ، وهنا يفقد المريض قدرته على التعرف على الزمان أو المكان.

(٨) اضطرابات فسيولوجية فى هيئة أرق مستمر ورفض الطعام أو الأكل بشراهة مخزية ، وأذكر مريضا كان يخلط البصل بالحلاوة الطحينية مع الملوخية ويأكل من هذا المزيج كمية تكفى عائلته لثلاثة أيام .

ويصحب ذلك شهوة جنسية ملحة ؛ مما يؤدى أحياناً إلى الانحراف وسلوك غير سوى ويصاحب الحالات الشديدة اهتزازات الأطراف وسرعة النبض ، وانخفاض ضغط الدم وانقطاع الطمث أو عدم انتظامه والإسهال أو الأمساك .

وتزيد أعراض الابتهاج الحاد صباحاً ، إذا قورنت بالمساء تماما ، كما يحدث فى الاكتئاب الشديد وتستمر هذه النوبة الحادة أياماً وأسابيع ، يعقبها حالة من الإنهاك الشديد، يعود بعدها المريض ببطء إلى حالته الطبيعية ، ولكن تنتهى بعض الحالات المهملة بالوفاة من الإرهاق الشديد ، أو تتحول إلى الابتهاج المزمن.

جـ- الابتهاج المزمن :

تستمر حالة الابتهاج المزمن لسنوات طويلة دون تغيير ، وقد تتناوب مع نوبات حادة من الابتهاج أو الاكتئاب. ولاتختلف أعراض الابتهاج المزمن عن الأعراض السابقة .. إلا أنها أقل حدة وأطول بقاء ، ويكون المريض سعيداً راضى النفس ، متداخلاً فى أمور الغير ، يدبر المقالب ، ويكثر من التهكم لدرجة الوقاحة ؛ مما يجعل مجلسه مسليًا، ويلتف حوله الأصدقاء لكى يتمتعون بخفة دمه وسلاطة لسانه حتى وإن كان على نفسه .

ولكن عادة ما يفسد منطقه ومعاييره الخلقية والاجتماعية ؛ بحيث لايتحمل مسئولياته ولايمكن الاعتماد عليه بل وأحياناً ما يهزأ من عرضه أو شرف زوجته وبناته ، وقد تبالغ أو يبالغ فى تزيين نفسه بالملابس الزاهية والحلل البراقة ، ويجمع الكثير من الأشياء التافهة عديمة القيمة .

٣- اكتئاب توقف الطمث أو السواد الارتدادي أو منتصف العمر :

لايصح استعمال كلمة سن اليأس ؛ حيث لايوجد علاقة بين سن توقف الطمث واليأس ، ولايستعمل هذا التشخيص الآن ، ويعتبر اكتئاباً شديداً فى عمر متأخر . ويؤمن الكثير أن هذا المرض شبيه بالاكتئاب الذهانى ، ولكنه يظهر فى سن متأخرة ويكثر فى السيدات عن الرجال ، وأنه لاداعى لتفرقته عن الاضطرابات الاكتئابية الأخرى .

ويظهر هذا المرض فى النساء ما بين سن ٤٥ – ٥٥ عاماً ، وفى الرجال مابين سن ٥٥ – ٦٥ عاماً، وهو العمر الذى تبدأ فيه التغيرات العقلية والجسمية المصاحبة لتغير الهرمونات وضمور الغدد التناسلية ، والذى يكون أكثر وضوحاً فى النساء لانقطاع الطمث ، ولكن يجب تفرقته عن أعراض توقف الطمث الشهرى من عرق غزير وسخونة فى الوجه وسرعة التأثر وسهولة البكاء والعصبية .

وأحياناً ما يظهر هذا الاكتئاب بعد ترقية الفرد لوظيفة أكبر ، الخسارة المادية ، أو الإحالة للمعاش ، خيبة أمل ، عدم تحقيق الآمال، المسئولية الكبيرة بعد الترقية؛ أى يظهر الاكتئاب بعد ترقية الفرد لوظيفة أكبر أو مسئولية أخطر.. إلخ .

وكثيراً ما يبدأ اكتئاب منتصف العمر بأعراض عصابية ، مثل : الخوف المرضى من الموت أو من الأمراض أو من الخروج من المنزل أو من الأماكن العالية ، أو بأعراض قهرية حركية أو فكرية أو طقوس خاصة أو بسلوك هستيرى ، ويكون ذلك فجأة دون أن تكون الشخصية السابقة للمريض هستيرية أو قهرية أو عصابية .. فعندئذ يجب الشك فى احتمال أن تكون هذه الأعراض العصابية بداية أو مظهراً لاكتئاب منتصف العمر .

ويحاول البعض التفرقة بين الاكتئاب الشديد والسواد الارتدادى ، والذى يصاحب أحيانا توقف الطمث بالظواهر الآتية :

مظاهر التفرقة بين الاكتئاب الشديد والسواد الارتدادى (الميلانخوليا) .

الاكتئاب الشديد Severe Depression	اكتئاب توقف الطمث أو السواد الارتدادي أو اكتئاب منتصف العمر (الميلانخوليا) Involutional Melancholy
العمر : أي سن	– يكثر في منتصف العمر .
الجنس : أكثر في النساء عن الرجال .	– تزيد نسبته في النساء وبشكل واضح.
الوراثة : يلعب العامل الوراثي دوراً مهمًا.	– العامل البيئي له أثره الواضح.
بدء المرض : عادة فجأة .	– غالبا ببطء .
المكون الجسمي : مكتنز يميل إلي البدانة .	– واهن يميل للنحافة .
الشخصية : عادة نوابية متقلبة .	– عادة قهرية صلبة .
الأعراض الإكلينيكية : – سبق شرحها .	١) شدة الاكتئاب والتوتر . ٢) يزيد التهيج والإثارة عن الهبوط والخمول الحركي. ٣) تكثر هذاءات العلل البدنية والذنب والفقر . ٤) تصاحبه أعراض هستيرية وقهرية.
العلاج : يتحسن بالكهرباء تحسناً ملحوظاً	– درجة الشفاء بالكهرباء تصل إلي أقصي حد .

مآل ومصير اضطرابات المزاج

يختلف سير المرض تبعاً للفرد ونوع وشدة النوبة ، ولكن عادة ما ينتهي الاضطراب الوجداني من اكتئاب أو مرح شديد أو خفيف بالشفاء والتحسن الكامل، وتختلف مدة المرض اختلافاً شديداً ، ولكن غالباً ما تتراوح ما بين ستة شهور إلى سنة كاملة، وذلك إذا تركنا المرض دون علاج أو تدخل ، ولكن بالعلاجات الحديثة المتعددة .. نستطيع أن نقلل فترة المرض إلى مدة تتراوح ما بين ٤ – ٨ شهور .

وكما سبق أن ذكرنا ، يأخذ الاضطراب الوجداني طابعاً دورياً متكرراً ، فتتكرر النوبات على المريض أحياناً مرة واحدة، وأحياناً أخرى مرتين ، وفي البعض الآخر عدة مرات ، بل وأحيانا سنويا ، وفي فصول خاصة من السنة .

ولانستطيع في الوقت الحالي التكهن باحتمال تكرار هذه النوبات ، ولكن يصاب بعض المرضى بنوبة أو نوبتين، والبعض الآخر من ثلاث إلى أربع نوبات. أما الغالبية فيتعرض لنكسات طوال حياته .

وللإيجاز .. فحوالي مابين ١٠ – ١٥٪ يعانون من نوبة واحدة ولاتتكرر ، وحوالي ١٠٪ يصبح الاكتئاب مزمنا بعد النوبة الأولى ، وحوالي ٨٠٪ يتعرضون للنكسات طوال حياتهم ؛ ولذا فعلاج الوقاية أصبح ركناً أساسياً في العلاج .

وتوجد بعض العوامل التي تضئ لنا الطريق في احتمال شفاء المريض بسرعة، أهمها :

١– النوبة الأولى فإذا كان المريض قد عاني من عدة نوبات متكررة من قبل ، يقل احتمال شفائه عن المريض الذي يعاني من النوبة لأول مرة.

٢– يعطي ظهور المرض فجأة فرصة أحسن للتحسن عن زحف المرض ببطء نحو المريض .

٣– تتحسن الاضطرابات التي تحدث تلقائيا دون مسببات ، حيث يلعب الاستعداد الوراثي هنا دوراً قوياً .

٤– كلما قل سن المريض ، تحسنت فرصته في الشفاء .

٥– تزيد نسبة الشفاء كلما قل التاريخ العائلي للأمراض الوجدانية .

٦– تكامل شخصية المريض قبل المرض يشير إلى احتمالات كبيرة في الشفاءعن الشخصية العصابية أو العاجزة .

أما العوامل التى تسئ إلى مصير المرض ، فأهمها :

١- النوبات المتكررة ؛ خاصة نوبات الاكتئاب المتناوبة مع نوبات المرح .

٢- إذا زاد سن المريض عن ٥٠ عاماً عند بدء المرض.

٣- ظهور أعراض إكلينيكية مميزة ، مثل : توهم العلل البدنية ، اختلال الإنية، أعراض فصامية غامضة .. إلخ .

ومن العسير الآن إعطاء إحصائية محددة للاضطرابات الوجدانية؛ نظراً لأن كثيراً من المرضى يداومون على العلاج بالعقاقير المضادة بعد شفائهم وقاية من النكسات والنوبات المتكررة ؛ مما يجعل تقييم المصير والحكم على المرض صعباً بعض الشيء .

تشير الأبحاث الحديثة فى مآل اضطرابات المزاج - كما سبق أن ذكر - إلى أنه توجد نسبة تتراوح ما بين ١٠ - ١٥ ٪ من مرضى الاكتئاب الشديد ، يتحولون بعد النوبة الأولى إلى اكتئاب مزمن ، بغض النظر عن العلاج .

ونستطيع تقسيم الاكتئاب المزمن إلى عدة أنواع :

١- اكتئاب مزمن عقب نوبة اكتئاب شديدة .

٢- اكتئاب مزمن خفيف مع ما يسمى باضطراب عسر المزاج (مايسمى سابقاً بالاكتئاب العصابى أو النفسى) .

٣- اكتئاب مزمن مع الاكتئاب غير النموذجى ، ويتميز بأعراض عصابية مختلفة متنوعة .

٤- اكتئاب مزمن مع طبع الشخصية الاكتئابية .

التشخيص الفارق

يجب تفريق الاضطرابات المزاجية عن عدة أمراض ، أهمها :

١ – الذهان العضوى :

يبدأ أحياناً الذهان العضوى ، مثل : زهرى الجهاز العصبى ، وتصلب شرايين المخ وأورام المخ، والشلل الاهتزازى، والتصلب المتناثر ومرض الإيدز، بأعراض اكتئابية أو مرحية . ولذا يجب فحص المريض بدقة وعناية وخاصة الجهاز العصبى قبل تشخيص الذهان الوجدانى ؛ خاصة وأن الذاكرة والاهتداء والذكاء والوعى والشخصية لايصيبها تغيراً ملموساً فى الذهان الوجدانى ، ولكنها تتأثر وتتدهور فى الذهان العضوى .

وكثيراً ما تكون أعراض الاكتئاب ثانوية لسرطان القولون والبنكرياس وغيرهما، ونقص الأكسجين فى المخ من جراء هبوط فى القلب أو فى وظائف التنفس، كذلك مع هبوط الكبد أو الكلية ، وأحياناً ما يصاحب الغسيل الكلوى . ولذا.. يجب التأكد والحرص وعمل الأبحاث اللازمة والفحص الدقيق لاستبعاد الاكتئاب العضوى قبل الاتجاه للعلاج .

٢ – الفصام :

سبق الحديث عن التفرقة بين الفصام والذهان الوجدانى فى التشخيص الفارق للفصام ، وأعتقد أن الخطأ الأكثر شيوعاً هو تشخيص الاضطرابات الوجدانية بالفصام، وليس العكس . وخطورة هذا الخطأ فى مصير المرض والمريض ؛ خاصة فى أذهان الناس ، واعتقادهم الخاطئ بأن الفصام لايشفى.

وأحياناً يصبح من العسير تفرقة الفصام عن الذهان الوجدانى ، عند ظهور أعراض بارانويدية وهذاءات وهلاوس ، وكذلك عندما تصاحب أعراض الفصام اضطرابات وجدانية؛ أى حالات الفصام الوجدانى. ولكن بمتابعة المريض لمدة طويلة، وتقييم الأعراض المختلفة ، نستطيع تحديد نوعية المرض.

٣ – العصاب :

يخطئ الكثير بتشخيص العصاب عند ظهور الأعراض العصابية؛ خاصة القلق والهستيريا والوسواس القهرى فى بداية الاضطرابات الوجدانية. ولكن يجب أخذ الشخصية السابقة للمرض والتاريخ العائلى وبقية الأعراض الإكلينيكية فى الاعتبار قبل الانتهاء بتشخيص حالة العصاب ، والعكس صحيح فكثيراً ما يتسرع الطبيب بتشخيص مرض الاكتئاب فى حالات القلق أو الهستيريا .

وأعتقد أنه عند ظهور أعراض عصابية للمرة الأولى بعد سن الأربعين ، يجب التأنى فى التشخيص والتفكير فى مرض ذهانى أولى أو مرض عضوى ، أدى إلى هذه الأعراض العصابية .

٤- أمراض أخرى :

كإدمان الخمر والحمى المخية ، ومرض الإيدز ، واضطرابات الغدد الصماء وخاصة الغدة الدرقية ، وفوق الكلوية ، واستعمال عقاقير معينة ، مثل : المستعملة فى خفض ضغط الدم ومنع الحمل والروماتيزم والإنترفيرون فى الفيروس الكبدى (سى) .. إلخ ، ولكن تظهر هنا بوضوح الأعراض الجسمية الأخرى وتشوش الوعى .

علاج اضطرابات المزاج
(الاكتئاب والابتهاج)

يبدأ علاج مثل هذه الحالات باتخاذ قرار مهم ، ألا وهو تحديد ما إذا كان العلاج سوف يتم خارج أو داخل المستشفى ، ويتطلب هذا القرار تفكيراً وحزماً من الطبيب ؛ نظرا لمعارضة الأهل دخول قريبهم المستشفى ، بل ومعارضة المريض الذى يعانى مثلاً من الاكتئاب أو الهوس الدخول إلى إحدى مستشفيات الأمراض العقلية .

وأعتقد أن معظم حالات الذهان الوجدانى يمكن علاجها خارج المستشفى، إن توفرت الظروف الاجتماعية المناسبة والإشراف الطبى المستمر ، أما الأسباب التى تحتم إدخال مريض الاضطراب الوجدانى المستشفى .. فهى كالتالى :

١-حالات الابتهاج (الهوس) الحاد وأحياناً تحت الحاد ، نظراً للسلوك الشاذ والاحتكاك بالمجتمع والإرهاق الشديد ، وعدم استبصار المريض بمرضه .

٢- فقدان الاستبصار بالمرض فى الاكتئاب والهوس ، وبالتالى رفض العلاج بأى صورة .

٣- حالات الذهول والسبات والغيبوبة الاكتئابية .

٤- رفض الطعام والشراب مما يشكل خطورة على الحياة .

٥- محاولات الانتحار المتكررة أو تاريخ محاولة انتحار جدية سابقة .

٦- كثرة الحركة أو هبوطها لدرجة أن أقرباء المريض لايستطيعون العناية به.

٧- إذا كانت الحالة الصحية الجسمية لاتسمح بالعلاج فى المنزل .

٨- عدم انتظام المريض فى العلاج لرغبة خفية فى الموت أو المعيشة وحده، وعدم وجود مسئول لرقابة العلاج .

وبعد اتخاذ القرار بالنسبة لمكان العلاج ، تبدأ العناية بالمريض بالطرق الآتية :

١- العلاج النفسى والاجتماعى .

٢- العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب أو الهوس وعقاقير الوقاية .

٣- العلاج بالجلسات الكهربائية .

٤- العلاج بالجراحة .

١- العلاج النفسي والاجتماعي

لقد ذكرنا في الفصام أن العلاج النفسي يمكن تطبيقه بعد اختفاء الأعراض، أو في مرحلة النقاهة . أما في الاضطرابات الوجدانية فهو أساس لإقامة علاقة وثيقة بين المريض والمعالج ، ما عدا بالطبع حالات الهوس الحادة ؛ حيث يكون المريض في حالة لاتسمح له بالمناقشة العادية .

ويتجه العلاج النفسي إلى محاولة فهم مشاكل المريض، وصراعاته الداخلية، وإعطاء الأمل بالشفاء ثم تشجيعه على مقاومة هذه الأفكار السوداوية ، ويجب حث المريض على الإفضاء بكل متاعبه للطبيب ، الذي يجب بدوره أن يفسر للمريض عدم صحة اعتقاده بالفقر والبؤس والذنب ، وأن كل ذلك من أعراض اضطرابه المرضي .

ولايصح إطلاقاً نصيحة مريض الاكتئاب الشديد بالذهاب إلى الشواطئ أو تغيير البيئة، كما يحدث في الاكتئاب النفسي ؛ لأن وحدته هناك وعدم قدرته على المشاركة بالمباهج المختلفة ستعزز أفكاره السوداوية والانتحارية .

ويستحسن أن يستريح من عمله الروتيني مع بدء العلاج ؛ حتى لايتعرض لأخطاء من جراء مرضه ، ولكن يجب تشجيعه على محاولة القراءة والاختلاط ولكن دون ضغط كبير ، أي إنه إذا أصر المريض على عدم الاختلاط والانعزال .. فيجب تركه ما دام يأخذ العلاج ؛ حتى يتحسن ، وسيحاول هنا الاندماج تلقائيا ببطء .

ولاشك أن خلط العلاج النفسي والعلاج الكيميائي هو أحسن السبل لمواجهة اضطراب الاكتئاب ؛ خاصة للوقاية من النكسة .

وأكثر العلاجات النفسية المستعملة في الاكتئاب، هي: العلاج النفسي المعرفي، والعلاج النفسي عبر الشخصية، والذين سبق وصفهما مع علاج العصاب.

٢- العلاج بالعقاقير

يعطى مريض الاكتئاب أو الهوس أحياناً بعض المطمئنات الكبرى أو الصغرى في بدء العلاج؛ حتى تبدأ العقاقير المضادة للمرض في العمل ، ولاننصح بالاستمرار على المنومات لمدة طويلة ، حتى نتلافى الإدمان والتعود ، وغالبا ما يتخلص المريض بعد تحسنه من المطمئنات .

ومن أمثلة ذلك الكلورال ، الموجادون ، أتيفان ، الدلمان ، الفاليوم ، الفريزيوم ، لكسوتانيل، نورميزون ، هالسيون والزاناكس... إلخ ، ولكن الأبحاث الحديثة أثبتت أن

المنومات ، مثل : مشتقات الباريتيورات والكحول تفقد فاعلية العقاقير المضادة للاكتئاب بنسبة حوالى ٣٠٪، ولذا يستحسن إعطاء مضادات الاكتئاب المنومة ليلاً بدلاً من المنومات .

أ- العقاقير المضادة للهوس (الابتهاج) :

تعطى هنا العقاقير المضادة للفصام خاصة الفينوثيازين ، مثل : لارجاكتيل «نيورازين – بروماسيد» حوالى من ٣٠٠ – ٨٠٠ مجم يوميا ، أو سبارين من ٣٠٠ – ١٠٠٠ مجم يوميا ، أو ميلليريل من ٤٠٠ – ١٠٠٠ مجم يوميا ، ولامانع من البدء بإعطائها بالعضل حتى يقوى مفعولها ثم بالفم بعد تحسن المريض ، وكذلك تستعمل البيتيروفينون ؛ خاصة الهلوبريدول فى هيئة نقط أو أقراص أو بالعضل أو الوريد فى كميات تتراوح مابين ١٥ – ٣٠ مجم يومياً .

وقد سبق شرح تأثير ومضاعفات هذه العقاقير مع الفصام ، ولزوم إعطاء أقراص مضادة للمضاعفات مثل ارتين ، كوجنتول.. إلخ . ويفضل الآن استعمال البنزوديازيين (أتيفان – ريفوتريل) ؛ حتى لايتعرض المريض لمضاعفات عسر الحركة الآجل .

وقد بدأ استعمال مركبات الليثيوم Lithium عام ١٩٦٨ ، سواء كربونات أو سترات الليثيوم (بريانيل) بكمية تتراوح ما بين ٤٠٠ – ١٢٠٠ مجم يوميا ؛ خاصة فى حالات الابتهاج الحاد وتحت الحاد .

ومن أعراضه الجانبية: الغثيان والإسهال، وارتجاف الأطراف، والإرهاق .. ولذا يجب تقييم نسبة الليثيوم فى الدم أثناء العلاج ، حتى لايزيد عن المعدل العلاجى ، وتتراوح الفاعلية ما بين ٠,٦– ١,٥ ملليلتر. وقد كثرت التقديرات سابقاً بشأن هذا العقار، فالبعض يعتقد فى فائدته فى علاج الهوس ، والبعض يؤمن بأنه يشكل خطورة بالنسبة لأعراضه الجانبية ومضاعفاته ، والبعض الآخر يجزم أنه ذو فائدة جبارة .

وحتى وقت قريب ، كان الليثيوم هو العقار الوحيد فى الوقاية من نوبات ذهان الهوس الاكتئابى بنوعيه سواء نوبات المرح ، أو الاكتئاب، وأنه عند إعطائه كثيراً للمرضى الذين يعانون من نوبة أو نوبتين كل عام ، استطاع هذا العقار وقايتهم من هذه النوبات لمدة سنوات ، وقد ثبت بالمتابعة لمدة سنوات دوره الوقائى الفعال فى النوبات المتكررة من المرح أو الاكتئاب أو النوبات الدورية .

ولاشك أن الليثيوم قد غير مسار الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب ، سواء

نوبات الاكتئاب أوالهوس، وهو عقار المتابعة المفضل لمنع النكسات ، إضافة إلى أنه العلاج الأساسى للهوس ، ويقال إن الليثيوم يطفئ ماكينة الهوس ويبطل مفعولها. أما بقية العقاقير .. فتقوم بدور «الفرامل» فقط، ويستجيب حوالى من ٦٠ - ٧٠٪ من المرضى لعقار الليثيوم ، أما بتوقف النوبات ، أو أن تكون خفيفة بحيث لاتحتاج للمستشفى أو بطول الفترات السوية بين النكسات ، خاصة فى الابتهاج النموذجى .

وفى حالة عدم الاستجابة لعقار الليثيوم ؛ خاصة فى الحالات المختلطة أو سريعة الانتكاس يمكن إضافة مضادات الصرع ، مثل : التجريتول ، والديباكين - ريفوتريل - لاموترجين... الخ ، وقد استعمل المؤلف عقار الزانكس مع الليثيوم ، وكذلك التجريتول أو الديباكين مع الليثيوم وأتت بنتائج مشجعة، ويستمر العلاج الوقائى بالليثيوم لمدة سنوات، وأحياناً مدى الحياة ؛ إذ يرفض المريض تركه لخوفه من احتمال النكسة والمعاناة السابقة ، وقد اتضح حديثاً فائدة العقاقير المضادة للذهان مثل رسبريدون ، أولانزبين، كيتيابين ، كلوزابين وأديبيبرازول .. الخ فى حالات الهوس المستعصية ، وكمنظم للمزاج ، وفى النوبات السريعة المتتالية .

وللإيجاز .. يعطى مريض الابتهاج الحاد عقار الليثيوم أو الديباكين أو التجريتول مع البنزوديازيبين (ريفوتريل أو أتيفان) أو الهلوبريدول ، ويحتمل استعمال جلسات الكهرباء فى بدء الأمر لحين امتثاله للعلاج .

ب- العقاقير المضادة للاكتئاب (مفرحات النفوس) :

(١) منبهات الجهاز العصبى .

(٢) العقاقير المضادة للاكتئاب :

(أ) العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب .

(ب) المتوسطة .

(جـ) الشديدة (الثلاثية والرباعية) .

(١) منبهات الجهاز العصبى :

ومن أمثلتها : الأمفيتامين ومثيلاتها (ديكسدرين ، بريلودين ، اليدبران ، ريتالين ، ماكستون ... إلخ) ، وكانت منذ عشرات السنين العقاقير الوحيدة القادرة على رفع المزاج ، وزيادة النشاط وسرعة البديهة وتقوية الانتباه ، ولو لفترة قصيرة .

ولكن بعد اكتشاف العقاقير الجديدة المضادة للاكتئاب ، أصبح استعمالها فى علاج الاكتئاب دون جدوى ؛ خاصة أن مضاعفات استعمال هذه العقاقير متعددة ، وأهمها الإدمان؛ حيث يزيد المريض الجرعة تدريجيًا؛ حتى يصل إلى كمية سامة ، وحيث إن مفعول العقار يضعف بتكرار استعماله ، ثم أن تناول المريض هذه الأدوية لمدة طويلة وبكميات كبيرة ، قد تعرضه لحالات من الذهان البارانويدى مع ظهور ضلالات وهلاوس شبيهة لما يحدث فى الفصام .

وقد سبق الكلام عنها مع التشخيص الفارق للفصام ، وأحياناً يظهر على مدمنى هذا العقار اختلاطاً عقلياً ذهانياً واضطراباً فى الذاكرة ؛ ولذا يجب الحد من استعمال هذه المجموعة إلا تحت إشراف طبى مباشر ؛ خاصة أن التنبيه الذى تحدثه وقتيًا ، ولايزيد عن عدة ساعات ، ومن ثم يكون استعمالها فى الاكتئاب غير ذى جدوى .

ولقد انتشر تناول هذه العقاقير لأغراض أخرى ، مثل : اليقظة المستمرة ، والسهر الليلى خاصة أثناء الاستذكار ، أو فى العقاقير التى تسد الشهية مثل أوبوزان أو أمفيفيت ، وأبو ليب .. ولذا فقد زاد استعمالها بين الطلبة والسيدات البدينات وبعض الفئات الأخرى؛ مما دعا وزارة الصحة أخيراً إلى وضعها ضمن الممنوعات ، ولاتصرف إلا بتذكرة طبية ؛ منعاً لإدمانها ووقاية من الأعراض العقلية ، التى تحدث نتيجة استعمالها . ولذا أنصح بعدم استعمال هذه المجموعة ، إلا تحت إشراف طبى مستمر وفقط ، كعلاج مساعد فى الاكتئاب المستعصى .

(٢) العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب :

Monoamine Oxidase Inhibitors (Irreversible)

«المانعة لأكسدة المركبات الأحادية الأمينية» (غير عكوس) .

وتشمل هذه المجموعة نوعين :

(أ) المجموعة الهيدرازينية ، ومن أمثلتها :

الماريلان Marplan من١٠ – ٣٠ مجم يومياً .

النارديل Nardil (غير متوافر فى مصر) من ٤٥ – ٩٠ مجم يومياً .

وتأخذ هذه المجموعة لمدة لاتقل عن أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع ؛ حتى تصل إلى مفعولها الأقصى ، وتغير فى كمية الموصلات العصبية فى مراكز الانفعال ،

تشمل خطورة احتمال إصابة الكبد ؛ خاصة فى هؤلاء الذين سبق لهم الإصابة بمرض كبدى .

(ب) المجموعة غير الهيدرازينية :

وتشمل :

البارنيت Parnate من ٢٠ – ٤٠ مجم يوميًا .

البارستلين Parstelin وهو عبارةعن البارنيت مع الستيلازين من ٢٠ – ٤٠ مجم يوميًا .

وتتميز هذه المجموعة أنها تصل لمفعولها الأقصى فى غضون أربعة أو خمسة أسابيع ، وكذلك لاتؤثر على الكبد . ولكن يجب على المريض أن يمتنع عن كثير من أنواع الطعام والشراب ، سنذكرها فيما بعد .

وتعمل كل العقاقير المانعة لأكسدة المركبات الأحادية الأمينية على زيادة نسبة الموصلات العصبية فى المخ ؛ خاصة النورأدرينالين والسيروتونين، والدوبامين ، والتى تنخفض نسبتها أثناء الاكتئاب . وتسبب الأعراض السابقة ، ومن ثم تمنع هذه الأدوية أكسدة هذه الموصلات ، والتخلص منها . وبالتالى ترتفع نسبتها فى المخ فى المشتبكات العصبية ، ويبدأ المريض فى التحسن بعد مدة من وصول ارتفاع نسبة هذه الهرمونات إلى الدرجة الشافية . وقد يبدو الأمر سهلاً ما دام الاكتئاب يتميز بانخفاض كمية هذه الموصلات العصبية ، وعندنا العقاقير التى تعيد النسبة لطبيعتها ، ولذا فقد انتهت مشكلة الاكتئاب .

ولكن يوجد كثير من الأمراض الاكتئابية ، التى لاتستجيب لهذه العقاقير. ويجب موازنة الفائدة المرجوة مع الأعراض الجانبية والمضاعفات التى تحدثها هذه العقاقير ، بل يجب الإلمام الشامل بالممنوعات .. فلايصح مثلاً استعمال أى عقار من هذه المجموعة مع عقار آخر ، ينتمى للفصيلة نفسها، قبل مضى أسبوعين على انتهاء استعمال العقار الأول .. كذلك لايجوز إعطاؤه مع مركبات : الأدريالين ، الأفدرين ، الأمفيتامين ، المورفين والبيثيدين ، ومع العقاقير الخافضة لضغط الدم ، مثل : الدوميت وسيربازيل ، واسميلين والمنومات ... إلخ ؛ حتى لايتعرض المريض لمضاعفات ، مثل : التشنجات، ارتفاع درجة الحرارة والغيبوبة، بل وأحياناً نزيف مخى .

وقد كثر الجدل حول استعمال هذه المجموعة مع العقاقير الشديدة المضادة

للاكتئاب ، مثل : التوفرانيل ، والتريبتيزول ، وأن ذلك يشكل خطورة خاصة نظراً لارتفاع الموصلات العصبية ، وإذا مزجنا المجموعتين .. يجب أن يكون ذلك تحت الإشراف الطبى المستمر والوثوق فى التزام المريض بالتعليمات ، ويكون ذلك فى حالة الاكتئاب الشديد وعدم استجابته لمجموعة واحدة .. فيمكننا مزج المجموعة (الماريلان – البارستلين) بالتريبتيزول أو السيرمونتيل .

وقد لاحظت تحسناً ملحوظاً فى كثير من المرضى ، عند خلط هاتين المجموعتين ، ولكنى لا أنصح بذلك فى كل الحالات .

وينصح معظم العلماء بالامتناع عن بعض المشروبات كالبيرة ، والنبيذ، والتقليل من الويسكى والجين ، وكذلك الامتناع عن الجبن القديمة والمش ، والفسيخ واللحوم المحفوظة ، مثل : السردين والتونة والبولوبيف ، والتقليل من البقول ؛ خاصة مع المجموعة غير الهيدرازينية ؛ نظراً لوجود المركب الكيميائى «تيرامين» فى هذه المشروبات والأطعمة ، والذى يتم أكسدته فى الأمعاء . ولكن نظراً لإعطائنا مانعات الأكسدة .. فإن هذه المركبات من التيرامين تتجمع ، وتؤدى إلى زيادة النورأدرينالين فى الشرايين الطرفية ؛ مما يسبب ارتفاعاً خطيراً فى ضغط الدم فى حوالى مابين ٤ – ٦٪ من الحالات .

وأهم الأعراض الجانبية الممكن حدوثها مع العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب، هى : بعض الدوار ؛ خاصة عند بدء العلاج وانخفاض ضغط الدم ، عند القيام من على الكرسى أو السرير وجفاف الحلق والإمساك ، وبعض الصعوبة فى التبول ، وأحياناً تورم عند مفصل الكعب وأسفل الرجل .

وكما سبق أن ذكرنا .. فإن بعض اضطرابات الكبد تحدث مع المجموعة الهيدرازينية ، ونادراً اضطرابات فى الجلد والدم ، مع زيادة أو نقصان القدرة الجنسية . وأحياناً ما نشاهد تحول الاكتئاب إلى ابتهاج تحت تأثير هذه العقاقير أو زيادة فى أعراض الفصام ، إذا أعطى هذا العقار ظناً من الطبيب أنه أمام حالة اكتئاب .

ولاتحدث هذه الأعراض الجانبية إلا نادراً ، ويمكن التغلب على معظمها بتقليل كمية الجرعة؛ وتفيد هذه المجموعة الخفيفة فى : حالات الاكتئاب الخفيف، وحالات القلق النفسى ، والمخاوف المرضية .

وقد ظهرت أخيراً مجموعات جديدة من العقاقير المانعة لأكسدة المركبات الأحادية الأمينية «أ» و«ب» ، ولاتسبب المضاعفات السابقة مع نوعية الطعام . وقد بدأ

الاهتمام بهذه العقاقير ؛ خاصة فى علاج الاكتئاب المزمن وغير النموذجى والمصاحب لاضطرابات الشخصية ، ويتنبأ البعض أنها ستلعب دوراً مهماً فى علاج الاكتئاب الشديد .

كذلك ظهر أخيراً مانعات لأكسدة المركبات الأحادية الأمينية ، ذات الطابع العكوس مثل الموكلوبيميد (أوروركس) ، وهى لا تتفاعل مع الأطعمة أو العقاقير كالمركبات غير العكوسة مع فاعلية شديدة ، وقلة الأعراض الجانبية خاصة المضاعفات الجنسية ، والتى تميز العقاقير الأخرى ، وستكون بديلة للأنواع السابقة، وحالياً لاتستعمل هذه المجموعة فى العلاج نظراً لظهور بدائل لها فاعلية متميزة.

(جـ) العقاقير المتوسطة المضادة للاكتئاب :

ومن أمثلتها العقار نوفريل Noveril (ديبنزبين) ، ويستعمل بكمية تتراوح ما بين ١٢٠ – ٣٦٠ مجم يوميًا ، ويدعى البعض أنه ذو فائدة واضحة فى معظم حالات الاكتئاب النفسى، وأن أعراضه الجانبية أقل من العقاقير الخفيفة والشديدة ، وقد وجدته نافعاً فى حالات الاكتئاب الخفيفة؛ خاصة أن التحسن يبدأ بعد فترة وجيزة (حوالى أسبوع) من بدء تناوله ، ولكن تأثيره ضعيف فى الاكتئاب الحاد والشديد وأعراضه الجانبية شبيهة بالعقاقير الكبرى المضادة للاكتئاب ، ولكنه لايسبب درجة الدوار والنعاس نفسها .

كذلك العقار دوكسبين (سنكوان)، وله تأثير واضح على القلق والاكتئاب من ١٠٠ – ١٥٠مجم يومياً والعقار (دوثيبن) بروثيادين ، وله المفعول نفسه ويستعمل من ٧٥ – ١٥٠ مجم يومياً ، وكذلك أمينيبتين (سرفكتور) من ١٠٠ – ٣٠٠ مجم يومياً ، وقد أصبح استعمال هذه النوعية من العقاقير نادراً فى الوقت الحالى.

(د) العقاقير الشديدة (الكبرى) المضادة للاكتئاب :

المركبات الحلقية الثلاثية ، الثنائية ، الأحادية

Tricyclic Compounds, Bicyclic, Monocycilc - Iminodibenzyle Derivatives

تعمل هذه العقاقير أيضاً على زيادة الموصلات العصبية ، وتعديل حساسية المشتبكات العصبية ، وتعيدها إلى المستقبلات ما قبل المشتبكات العصبية .

وأهم هذه العقاقير الآتى :

التوفرانيل	Tofranil		٧٥- ٢٠٠مجم يوميا
بيرتوفران	Pertofran	(غير متوافر فى مصر)	٧٥- ٣٠٠مجم يوميا
سيرمونتيل	Surmontil	(غير متوافر فى مصر)	٧٥- ٢٠٠مجم يوميا
الأنا فرانيل	Anafranil		٧٥- ٢٠٠مجم يوميا
التريبتيزول	Tryptizol		٧٥- ٢٠٠مجم يوميا
افنتيل	Aventyl	(غير متوافر فى مصر)	٧٥- ٢٠٠مجم يوميا
كونكوردين	Concordin	(غير متوافر فى مصر)	١٠- ٣٠مجم يوميا
اجيدال	Agedal	(غير متوافر فى مصر)	٧٥- ٢٠٠مجم يوميا

وتفيد هذه المجموعة فى الاكتئاب الشديد ، ويستعمل التوفرانيل فى الاكتئاب الذى يصاحبه خمول وهبوط حركى ، أما التريبتيزول .. فيفيد فى حالات الاكتئاب المصحوب بالقلق والتوتر والتهيج ؛ حيث إن له خاصية التهدئة . ولذا يستحسن أخذ الجرعة الكبرى منه ليلا ؛ حتى لا تسبب خمولاً أو نعاساً ، وتؤيد الأبحاث المختلفة تأثير هذه المجموعة فى الاكتئاب الذهانى ، وأن العقاقير الخفيفة تؤثر فى الاكتئاب التفاعلى أو النفسى .

ومن العوامل التى تشير إلى حسن استجابة للعقاقير المضادة :

١) الاكتئاب البطئ .

٢) عدم وجود عوامل مسببة .

٣) السن فوق الأربعين .

٤) اليقظة المبكرة .

٥) مدة أقل من عام .

٦) فقدان الوزن الشديد .

أما العوامل التى تشير إلى عدم استجابة الاكتئاب لهذه العقاقير .. فأهمها :

١) البداية الحادة .

٢) عوامل بيئية مسببة .

٣) السن الصغير .

٤) أرق عند بدء النوم .

٥) أعراض هستيرية وتوهم مرضى واختلال الأنية .

٦) وجود أعراض ذهانية .

ولايبدأ مفعول هذه العقاقير قبل أسبوعين من بدء تناولها ؛ ولذا يجب الاستمرار على الأقل لمدة شهر بكمية مناسبة من العقار ، قبل التأكد من أن الاكتئاب غير مستجيب لهذا الدواء ، ولامانع فى مثل هذه الحالات من خلط التوفرانيل صباحا والتربتيزول مساءاً ، ولكن تحت الإشراف الطبى المنتظم .

ولقد كان لاستعمال هذه العقاقير تأثيراً واضحاً فى علاج الاكتئاب؛ حيث إن الحاجة لجلسات الكهرباء اقتصرت فقط على الحالات ، التى لاتستجيب للعقار ، والتى تصل إلى نسبة ٤٠ ٪ من الحالات الاكتئابية .. كذلك تقلل مداومة المريض على استعمال هذه العقاقير من نسبة النكسات والنوبات الدورية ، يزيد عن ذلك إمكانية العلاج دون الحاجة للمستشفى ، أو التوقف عن العمل أو الإصابة بالنسيان المؤقت ، الذى يحدث مع الجلسات الكهربائية .

ونفضل استعمال علاج الوقاية لمدة تتراوح مابين ٦ شهور إلى سنة، وأحياناً ما تمتد إلى عدة سنوات فى الحالات المتكررة .

ومن الأعراض الجانبية المهمة للعقاقير الشديدة المضادة للاكتئاب جفاف الحلق ، والإمساك وصعوبة التبول؛ خاصة فى حالة المصابين بتضخم فى البروستاتا ، وانخفاض ضغط الدم خاصة مع مرضى تصلب الشرايين ، والدوار ، وارتجاف الأطراف ، وسرعة ضربات القلب وبعض التغيرات فى رسم القلب ، وزيادة فى ضغط العين .. ولذا يجب الحرص فى إعطاء مرضى المياه الزرقاء فى العين هذه العقاقير ، واضطرابات فى الكبد والجلد والدم ، وأحياناً ما يتحول الاكتئاب إلى ابتهاج ، ونادراً ما يصاب المريض خاصة من المسنين ببعض الهلاوس وتشوش الوعى .

(هـ) المركبات الحلقية الرباعية :

ومن أمثلتها لوديوميل (مبروتيلين) ، ويعطى كجرعة واحدة من ٥٠ – ١٥٠ مجم مساءً ، والميانسرين (تولفون) من ٣٠ – ٩٠ مجم مساءً .

(و) المركبات الأخرى :

يزداد الاهتمام بالعقاقير الجديدة المضادة للاكتئاب فى الوقت الحالى ، كمحاولة للتغلب على الآثار الجانبية للعقاقير المتوفرة حالياً ولسرعة الفاعلية ، ولتجنب التأثير على القلب .

وقد ظهر فى السنوات الأخيرة عديد من العقاقير لها فاعلية خاصة نحو أحد الموصلات العصبية ، دون غيرها مما يزيد من تأثيرها على الاكتئاب .

١ – المانعات الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتونين

Selective Serotonin Rcuptake Inhibitors (SSRI)

تتميز هذه المجموعة بالعمل على زيادة الموصل العصبى «السيروتونين» فى المشتبكات العصبية ، وتعديل حساسية المستقبلات ما بعد المشتبكات ، من خلال الخاصية فى التأثير على الموصل «سيروتونين» ، وتتميز بقوة فاعليتها ، وقلة الأعراض الجانبية ، وعدم تفاعلها مع العقاقير الأخرى المستعملة فى الأمراض الأخرى ، ولاتحدث تأثيراً على ضربات أو رسم القلب ، ولذا .. فهى العلاج الأمثل فى المرضى بالقلب ، الكبد ، الكلية ، الرئة .. إلخ ، وكذلك فى المسنين .

وقد يعانى المرضى من بعض الأعراض الجانبية فى بدء العلاج ، مثل : فقد الشهية ، الغثيان ، القئ ، التوتر ، وأحياناً بعض المضاعفات الجنسية . والعقاقير المتوافرة حاليا من هذه المجموعة كالآتى :

– فلوفوكسامين (ڤاڤارين) Faverin ٥٠ – ٢٠٠ مجم يومياً .

– فلوكسوتين (بروزاك) Prozac ٢٠ – ٦٠ مجم يومياً .

– سيرترالين (لسترال – زولوفت) Lustral ٥٠ – ٢٠٠ مجم يومياً .

– سيتالوبرام (سيبرام) Cipram ٢٠ – ٦٠ مجم يومياً .

– باروكستين (باكسيل – سيروكزات) Scroxat ٢٠ – ٦٠ مجم يومياً .

– اسستيالوبرام (سيبرالكس) Cipralex ١٠ – ٣٠ مجم يومياً .

– وتتشابه هذه العقاقير فى تأثيرها الإكلينيكى ، وأنصح أن يلم المعالج بالخبرة فى أحدهم إلا إذا وجد عدم استجابة لأحدهم .. فهنا يستطيع إعادة العلاج بمركب آخر .

٢- المانعات لإعادة امتصاص النورأدرينالين والسيروتونين :

ومن أمثلتها :

فنلافاكسين (إفكسور) Effexor ٧٥ – ٢٥٠ مجم يومياً.

مرتازيبين (ريميرون) Remeron ٣٠ – ٤٥ مجم يومياً.

دولوكستين (سيمبالتا) ٢٠ – ٦٠ مجم يومياً .

ويدعى البعض زيادة فاعليتها مع قلة الآثار الجانبية عن المانعات الانتقائية؛ لإعادة امتصاص السيروتونين . ولايستجيب عادة الاكتئاب الشديد المصحوب بأعراض ذهانية لمضادات الاكتئاب ؛ ولذا يجب العلاج بجلسات الكهرباء مع مضادات الذهان والاكتئاب .

٣- العلاج بالجلسات الكهربائية (تنظيم إيقاع المخ)

إن الجلسات الكهربائية هي أقوى علاج للآن ضد الاكتئاب ، على الرغم من اكتشاف العقاقير الحديثة السابقة الذكر .

والاكتئاب هو أكثر الأمراض استجابة لتطبيق العلاج الكهربائى ، ولاشك أن العقاقير قد أنقصت الحاجة لاستعمال الكهرباء، وقللت من عدد الجلسات الكهربائية اللازمة للشفاء ، ويشفى مرض الاكتئاب الشديد مع الأعراض الذهانية، بنسبة تتراوح من ٨٠ – ٩٠ ٪ مع العلاج الكهربائى .

يحتاج مريض الاكتئاب إلى حوالى من ٦ – ٨ جلسات كهربائية ، موزعة على أساس جلستين أو ثلاث كل أسبوع ، أما حالات الهوس .. فيعطى المريض عدداً من الجلسات التى يجب أن تكون متقاربة إلى حد ما، فلامانع من بدئها يومياً ، ثم يوماً بعد يوم . وإن لم يتحسن مريض الاكتئاب بعد ثمان جلسات ، فلا داعى للاستمرار ، بل نحاول إعطائه العقاقير مرة ثانية مع تكرار الكهرباء بعد شهر .

ويجب الحرص فى إعطاء الكهرباء للمسنين والمصابين بتصلب شرايين المخ، بإعطاء أكسجين قبل وأثناء وبعد الجلسة ؛ حتى لايكون المريض عرضة لعطب وتلف بالمخ ، وكذلك فى مرضى الاكتئاب المصحوب بالهبوط الحركى ، حيث إن هذا الخمول يتحسن بعد جلستين أو ثلاث ، ومازال المريض تراوده الأفكار السوداوية ، وقد زاد نشاطه ومن ثم قد يقدم على الانتحار ، وهذا ماحدث مع الكاتب القصصى أرنست همنجواى ، عندما أطلق الرصاص على نفسه ، وذلك بعد ثلاث جلسات كهربائية

أثناء علاجه من الاكتئاب ؛ ولذا يجب وضع المريض تحت ملاحظة العائلة أو المستشفى أثناء العلاج .

وقد أدخل العالم ميدونا Meduna العلاج التشنجي فى الطب النفسى عام ١٩٣٣ بإعطاء حقن كافور فى العضل ؛ حتى يصاب المريض بصدمة تشنجية صرعية ، ثم تطور الأمر بإعطاء حقن كارديازول فى الوريد حتى اكتشف شرليتى وبينى "Cherletti and Bini" الصدمات الكهربائية عام ١٩٣٨ ، كوسيلة لإصدار هذه التشنجات الصرعية ، والتى كان يعتقد أنها الأساس لشفاء هؤلاء المرضى ، ولكن ثبت خطأ هذا الظن ، نظراً إلى أنه تحت تأثير التخدير وتراخى العضلات لاتحدث تشنجات صرعية ، ويستفيد المريض بالدرجة نفسها، إذاً فإن فائدة الجلسات الكهربائية تقع فيما يحدث فى المخ من تطورات فسيولوجية وكيمائية وليس فى التشنجات .

تتم الجلسات الكهربائية بتمرير تيار كهربائى متناوب ، قوته من ٧٠ – ١٧٠ فولت لمدة تتراوح مابين ٠,٤ – ٠,٦ من الثانية على جانبى الجبهة بواسطة السماعة الخاصة بذلك.

وقد تطورت عملية إعطاء الجلسات الكهربائية من ناحية قوة الفولت ونوع التيار، وإعطائها على ناحية واحدة على الفص المخى غير السائد ؛ لتقليل اضطراب الذاكرة والاختلاط العقلى الذى يعقب الجلسة ، خاصة فى المرضى المسنين وحالات تصلب الشرايين والطلبة الذين يدرسون ، وكل من اضطرته الظروف للاحتفاظ بالذاكرة للأحداث القريبة .

وأهم هذه التطورات إعطاء التخدير مع الأتروبين قبل الجلسة حتى ينام المريض ، ثم حقنه لاسترخاء العضلات حتى لاتحدث التشنجات ، ثم توصيل التيار الكهربائى ، وهنا لايحدث ما يتجاوز بعض الارتجافات البسيطة فى العيون والأطراف، ويفيق المريض دون أى مضاعفات .

ويجب تحضير مريض الكهرباء بالخطوات الآتية :

١) فحص أجهزة الجسم المختلفة للتأكد من سلامة الجهاز العصبى والقلب وضغط الدم والصدر وخلو المريض من العلامات العضوية .

٢) صيام المريض عن الطعام والشراب ٦ ساعات قبل موعد الجلسة .

٣) إفراغ المثانة من البول قبل الجلسة مباشرة .

٤) تجنب الملابس الضيقة خاصة فى السيدات .

٥) خلع الأسنان الصناعية وأى أدوات حادة فى الشعر أو الجسم .

٦) وضع المريض فى حجرة هادئة دون رؤية مرضى آخرين ، يأخذون العلاج نفسه .

٧) ينام المريض على الفراش ، ويستحسن أن يكون صلباً ، وأن تكون المرتبة غير هشة مع وضع الرأس على وسادة .

٨) يوضع خافض اللسان بين الفكين حتى لايعض المريض لسانه ، ويسند أحد الممرضين الفك حتى لايتعرض للخلع .

٩) يسند أحد الممرضين الكتفين برفق ويسند آخر عظام الحوض .

١٠) يوصل التيار الكهربائى فيحدث تصلب كامل فى العضلات ، تليه الخلجات العضلية فى كل جسم ويزرق المريض ، ثم يبدأ التنفس العميق مع خروج رغاوى من الفم (لايحدث ذلك مع التخدير وتراخى العضلات) ، ثم يستمر المريض فى الغيبوبة لمدة تتراوح ما بين ١٠ – ٣٠ دقيقة ، يستفيظ بعدها غير متذكر لما حدث له . وتعود الذاكرة تدريجيا ، وأحياناً ما يشكو من الصداع وآلام بالفك أو الظهر خاصة بعد الجلسة الأولى ، ولكن غالباً لايحدث ذلك مع التخدير .

١١) يجب أن نطمئن طوال الوقت على التنفس ، ولامانع من وضع المريض على جانبه بعد الجلسة ؛ حتى لا يستنشق أى فضلات فى المعدة أو من اللعاب، وحتى نتأكد من سلامة الجهاز العصبى .

وأعتقد أنه بعد التطورات الأخيرة فى الجلسات الكهربائية وفحص المريض بعناية واتخاذ الحرص اللازم ، لاتوجد خطورة إطلاقاً من إعطاء الكهرباء ، بل إن مضاعفاتها أقل من العقاقير ، ودائماً ما يطالب المريض الذى شفى بالجلسات الكهربائية بإعطائه الجلسات ، إذا تكررت عليه النوبة ، ويرفض الانتظار على العقاقير حتى تصل لمفعولها الأقصى .

وحيث إن العلاج لايشمل الآن أى صدمات أو تشنجات ، وحيث إن كلمة العلاج الكهربائى فى مفهوم العامة ترادف الجنون ، وهذا غير صحيح . أقترح تسميتها بعلاج تنظيم إيقاع المخ ، حتى نزيل الفكرة الخاطئة عن هذا العلاج المفيد.

مضاعفات جلسات الكهرباء :

١- اضطراب الذاكرة :

ويبدأ ذلك بعد الجلسة الثالثة أو الرابعة ، حيث يبدأ المريض فى فقدان الذاكرة للحوادث القريبة ؛ فيسأل السؤال نفسه عدة مرات ، ولايتذكر المواعيد وينسى من زاره أمس أو اليوم، ولكنه يحتفظ بذاكرته للحوادث البعيدة . وعادة ما تعود الذاكرة لسابق عهدها بعد ٣ - ٤ أسابيع من انتهاء آخر جلسة . ولذا يجب التأني قبل تقرير العلاج بالكهرباء للطلبة فى آخر العام ، وقبل الامتحانات وفى حالة هؤلاء، الذين يتطلب عملهم الذاكرة الحادة القوية، ولو أن إعطاء الكهرباء على الفص غير السائد يقلل من هذه الاضطرابات .. كذلك لايصح إعطاء أكثر من عدة جلسات قليلة للمسنين ومرضى تصلب شرايين المخ ؛ حتى لايتعرضوا لاضطراب ذاكرة دائم أو يستمر النسيان لمدة طويلة جداً .

٢- الكسور :

كانت الكسور من أكثر المضاعفات شيوعا قبل إدخال راخى العضلات والتخدير ، وكان أهمها : خلع الفك ، ومفصل الكتف ، وكسر العظام فى الذراع أو الساق ، وتمزق بعض الألياف بين عظام الظهر ؛ أى العمود الفقرى وخاصة فى المسنين ، أو ذوى العضلات القوية ، أو المصابين بلين أو مرض فى العظام . ولكن بأخذ الاحتياطات السابق ذكرها ، يندر حدوث هذه الكسور .

٣- يتحول أحياناً الاكتئاب إلى ابتهاج تحت حاد مع جلسات الكهرباء ، أو إذا كان المريض عرضة لنوبات اكتئاب وهوس متكررة ، وهنا يجب الاحتياط فى عدد الجلسات .

٤- نادراً ما تحدث الوفاة من جلسات الكهرباء (حالة وفاة واحدة فى كل ٢٠,٠٠٠ جلسة كهربائية) ، ويكون سببها توقف مفاجئ فى ضربات القلب، ويزيد احتمال الوفاة فى الجلسة الأولى ؛ خاصة فى مرضى القلب .

ولم أر فى الثلاثين سنة الماضية إلا حالة وفاة واحدة من الجلسات الكهربائية .

٥- كان انتشار مرض الدرن بين مرضى الفصام معروفاً فى الزمن السابق، وكان أحياناً ما ينتشر مرض الدرن فى الصدر ، عندما يكون فى حالة نشاط مستمر مع

جلسات الكهرباء ، ونستطيع تجنب ذلك بإعطاء التخدير . ونادراً ما نلاحظ نقصاً في بعض الفيتامينات خاصة المجموعة «ب» مع استمرار الجلسات، وكذلك ظهور نوبات صرعية في هؤلاء المهيئين بطبيعتهم لهذا المرض .

٦- كثر الجدل أخيراً حول خطورة إعطاء الكهرباء مع العقاقير المضادة للاكتئاب والمضادة للفصام في الولايات المتحدة ؛ لحساسية عضلة القلب لهذا الخليط، ولكني لم أر أي مضاعفات في آلاف من المرضى، الذين عولجوا بالكهرباء والعقاقير ، ويتفق ذلك مع الأبحاث الجارية في أوروبا وبريطانيا .

كيفية تأثير الجلسات الكهربائية

اختلف العلماء في تفسير كيفية عمل جلسات الكهرباء وكيفية شفائها لكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية ، ولانستطيع أن نجزم بصدق نظرية عن أخرى. ولكن إذا استعرضنا التفسيرات المختلفة ، سنجد أن التفسير الفسيولوجي هو أقربها للحقيقة .

١- تؤثر أو تعدل الجلسات الكهربائية من عمل الهيبوتلاموس ، وهو المركز الأعلى الذي يتحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي بفرعيه السمبتاوي والباراسمبتاوي، وكذلك فهو أحد مراكز دائرة الانفعال في المخ، ويحتوي على أكبر نسبة من الموصلات العصبية الخاصة بالانفعال ، ويحتمل أن تعيد جلسة الكهرباء توازن تحكم هذا المركز في العمليات الانفعالية المختلفة من اكتئاب وهوس وفصام ... إلخ .

٢- توازن جلسات الكهرباء من تخلل الموصلات العصبية بين خلايا المخ العصبية ، فتعيد توازن نسبة هذه الموصلات في المخ .

٣- يتكون أي سلوك مرضي من فعل منعكس كهربائي في قشرة المخ ، ويحتمل أن جلسات الكهرباء توقف هذا الفعل المنعكس الكهربائي بتمرير تيار كهربائي خارجي ، ومن ثم تبدأ قشرة المخ بعد توقف الفعل المنعكس المرضي في تكوين انعكاس جديد غير مرضي ، ومن ثم يختفي السلوك المضطرب أو التفكير أو الانفعال المرضي .

٤- يرى المحللون النفسيون أن جلسات الكهرباء نوع من العقاب يرضي في المريض عقدة الإدانة الذاتية والذنب الكبير ، كما أنها تهدد كيانه أكثر من المرض نفسه ، ومن ثم يبدأ التحسن بعد عدة جلسات .

٥- تسبب جلسات الكهرباء نوعاً من فقدان الذاكرة والاختلاط العقلى البسيط، تجعل المريض ينسى مرضه السابق .

٦- إعادة توازن الحساسية المنخفضة بالمستقبلات العصبية فى الهوس والحساسية الزائدة فى الاكتئاب، وتعيد توازن المستقبلات المضطربة فى الفصام، مع زيادة عوامل نمو النسيج العصبى.

٧ - زيادة نشاط BDNF العامل المخى المشتق الحافز للخلية العصبية وتأثيره على التعبير الجينى.

٨- احتمال تأثير جلسات الكهرباء من خلال جميع العوامل السابقة .

وقد كان من المحرمات إعطاء جلسات الكهرباء لمرضى القلب ، وضغط الدم وأمراض الكلية، والصدر، والكبد وأمراض العظام .. إلخ ، ولكن بعد التطورات الأخيرة فى إعطاء هذه الجلسات ، وإدخال عامل التخدير وتراخى العضلات ... لاأعتقد أنه يوجد أى مرض ، يحرم الطبيب من إعطاء جلسات الكهرباء إلا الذبحة أو الجلطة فى شرايين القلب ، خوفاً من توقف القلب ، وفيما عدا ذلك فالجلسات لاتشكل أى خطر ، ما دام الطبيب قد اتخذ الاحتياطات السابق ذكرها .

وتعطى الجلسات الكهربائية لمرضى الاكتئاب فى الحالات الآتية :

١ - عندما لايستجيب الاكتئاب للعلاج بالعقاقير ، وتزداد شدته على الرغم من مضادات الاكتئاب المختلفة .

٣- الحالات الانتحارية الشديدة والأفكار السوداوية المتكررة كذلك مع شدة ضلالات الفقر والذنب والإثم والعدمية .

٤- ذهان الهوس تحت الحاد والهوس الحاد ؛ خاصة و أن استجابتهم للعلاج بالعقاقير تستغرق فترة من الزمن .

٥- حالات الاكتئاب المصحوبة بالهبوط الحركى أو الإثارة أو التهيج الشديد.

٦- اكتئاب المسنين حيث ثبت أن مضاعفات العقاقير فى هذا العمر تفوق جلسات الكهرباء ، والتى تعتبر الآن أحسن علاج للاكتئاب فى هذا السن .

٤- العلاج بالجراحة

انخفض وأصبح نادراً معدل استعمال الجراحة بعد استعمال العقاقير مع الكهرباء؛ لأنه نادراً ما يفشل مزج هذه العلاجين فى شفاء معظم حالات الاكتئاب ، ولكن نادراً ما نلجأ للعمليات الجراحية ، التى نقطع فيها الألياف الموصلة بين الفص الجبهى فى المخ والتلاموس ، فى أى منطقة خلال هذه الدائرة العصبية .

وكلما تمكن جراح المخ من انتقاء منطقة صغيرة ، خاصة فى السطح الأنسى والسفلى من السطح الحجابى للفص الجبهى ، قلت مضاعفات العملية ، وتغير الشخصية .

وتجرى العملية الآن فى حالات الاكتئاب الشديدة ، التى لاتستجيب لعدة محاولات من العقاقير والكهرباء المصحوبة بتوتر وتهيج مستمر وبأفكار انتحارية دائمة ، وذلك فى شخصية سوية قبل المرض ؛ حتى لا يتعرض المريض لخطورة إنهاء حياته إن ترك دون علاج فعال .

هنا فقط ، وتحت هذه الشروط وبعد تجربة العلاج التنويمى .. نستطيع أن ننصح بالجراحة، ويجب ألا يكون المريض عرضة فى الماضى لنوبات من الهوس، حتى لاتعرضه الجراحة لانتقال الاكتئاب إلى ابتهاج ، وكذلك نهتم بتكامل الشخصية السابقة على المرض ؛ لأن أسوأ النتائج تحدث بسبب عدم الحرص على انتقاء المرضى ذوى الشخصية السوية المتكاملة ، وأهم مضاعفات العملية هو تغير الشخصية، وتبلد الانفعال بعض الشىء وعدم الاستجابة للمنبهات الوجدانية .

ولكن بعد التقدم الجراحى الحديث ، بطريقة الكى بالتوجيه المجسم ، وخبرة جراحى المخ بهذه العملية ، أصبح احتمال حدوث ذلك نادراً ، أما الوفاة فلا تزيد فى أيدى الجراحين المهرة عن ١ ٪ ، ومن المضاعفات الوقتية التى تختفى بعد مدة من إجراء العملية : التبول اللاإرادى ، النوم الكثير ، بعض الاختلاط العقلى، ضعف فى أحد جانبى الجسم .

ولكن كما سبق أن ذكرت ، لاتحدث هذه الأعراض إذا كانت العملية أمامية فى اتجاه السطح الحجابى للفص الجبهى ، وأحياناً ما يبدأ المريض فى المعاناة من نوبات صرعية بعد شهور من إجراء العملية ، ونستطيع التحكم فيها بالعقاقير المضادة للصرع.

لاشك أن العملية لها خطورتها وأعراضها الجانبية ، ولهذا يجب الموازنة بين معاناة وآلام المريض وخطورة المرض على حياته والشروط اللازمة للعملية ، واحتمالات المضاعفات ، وهنا فقط نستطيع اتخاذ القرار اللازم .

أما فى الحالات الاكتئابية المستعصية للعلاجات السابقة.. فلا مانع من إعطاء مزيج من المركبات الأحادية الأمينية مع المركبات الحلقية الثلاثية ، وأحياناً بإعطاء خلاصة الغدة الدرقية (تراى أيودوثيرونين) ، وتستجيب بعض الحالات بإضافة التريبتوفان (أوبتيماكس) وكذلك الليثيوم .

وأخيراً وجد أن حرمان مريض الاكتئاب من النوم النقيضى ، من خلال رسم المخ أثناء النوم يشفى كثيراً من الحالات ؛ خاصة وأن كل العقاقير المضادة للاكتئاب والجلسات الكهربائية تحرم المريض من هذا النوم، وهنا يبدأ التحسن ، ولكنها للآن دراسة أكاديمية ، تحتاج لوقت وجهد واستعداد خاص .

ولكن يستعمل الآن الحرمان الكامل من النوم ، بغض النظر عن نوعه فى بعض حالات الاكتئاب غير المستجيبة للعلاجات السابقة ، كذلك .. قد يستجيب بعض مرضى الاكتئاب لعقار الليثيوم أو مضادات الصرع ، مثل : التجريتول والديباكين والريفوتريل ، الذى ثبت فاعليته فى علاج الهوس ، والوقاية من النوبات المتكررة لأمراض الهوس والاكتئاب، وأخيراً استعمال العقاقير الحديثة المضادة للاكتئاب ، مثل : المانعات الانتقائية لامتصاص السيروتونين ، ومانعات امتصاص النورأدرينالين والسيروتونين ، والتى سبق ذكرهما .



الاضطرابات العقلية العضوية، بما فيها الاضطرابات الأعراضية

ORGANIC INCLUDING SYMPTOMATIC MENTAL DISORDERS

.. فإن أغلب هذه الاضطرابات تظهر عند البدء في مرحلة البلوغ أو في مرحلة متأخرة من الحياة. كذلك فعلي حين أن بعضا منها غير عكوس ومستفحل ، علي الأقل في حدود معرفتنا الحالية ، نجد أن اضطرابات أخري في هذه المجموعة مؤقتة ، أو تستجيب لعلاجات متوفرة حاليا .

F09-F00	**الاضطرابات النفسية العضوية، بما فيها الاضطرابات المترافقة بالأعراض**	**Organic, including symptomatic, mental disorders**
F00	**الخرف في مرض ألزهايمر**	**Dementia in Alzheimer's disease**
F00.0	الخرف ذو البداية الباكرةفى مرض ألزهايمر	Dementia in Alzheimer's disease with early onset
F00.1	الخرف ذو البداية المتأخرة فى مرض ألزهايمر	Dementia in Alzheimer's disease with late onset
F00.2	الخرف فى مرض ألزهايمر، من النمط اللانموذجي أو المختلط	Dementia in Alzheimer's disease, atypical or mixed type
F00.9	الخرف فى مرض ألزهايمر، غير المعين	Dementia in Alzheimer's disease unspecified
F01	**الخرف الوعائى المنشأ**	**Vascular dementia**
F01.0	الخرف الوعائى المنشأ ذو البداية الحادة	Vascular dementia of acute onset
F01.1	خرف الاحتشاءات المتعددة	Multi-infarct dementia
F01.2	الخرف الوعائى تحت القشرى	Subcortical vascular dementia
F01.3	الخرف الوعائى المختلط، القشرى وتحت القشرى	Mixed cortical and subcortical vascular dementia
F01.8	حالات الخرف الوعائى الأخرى	Other vascular dementia
F01.9	الخرف الوعائى المنشأ، غير المعين	Vascular dementia, unspecified
F02	الخرف في الأمراض الأخرى التى تم تصنيفها فى موضع آخر	**Dementia in other diseases classified elsewhere**
F02.0	الخرف فى مرض بيك	Dementia in Pick's disease
F02.1	الخرف فى مرض كروتزفيلد – جاكوب	Dementia in Creutzfeldt-Jakob disease
F02.2	الخرف فى مرض هونتغتون	Dementia in Huntington's disease
F02.3	الخرف فى مرض باركنسون	Dementia in Parkinson's disease
F02.4	الخرف فى مرض فيروس العوز المناعى البشرى (الإيدز)	Dementia in human immunodeficiency virus [HIV] disease
F02.8	الخرف فى أمراض أخرى معينة مصنفة فى مواضع أخرى	Dementia in other specified diseases classified elsewhere

F03	الخرف غير المعين	**Unspecified dementia**
	يمكن إضافة محرف خامس لتعيين الخرف فى الفئات F00-F03 ، على النحو التالى:	A fifth character may be added to specify dementia in F00-F03, as follows :
.X0	بدون أعراض إضافية	Without additional symptoms
.X1	أعراض أخرى ، يغلب عليها الوهام (الضلال)	Other symptoms, predominantly delusional
.X2	أعراض أخرى ، يغلب عليها الهلوسة	Other symptoms, predominantly hallucinatory
.X3	أعراض أخرى، يغلب عليها الاكتئاب	Other symptoms, predominantly depressive
.X4	أعراض أخرى مختلطة	Other mixed symptoms
F04	**متلازمة فقد الذاكرة العضوى المنشأ، غير المحدث بالكحول ولا بأى من المواد النفسانية التأثير**	**Organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances**
F05	**الهذيان غير المحدث بالكحول، ولا بأى من المواد النفسانية التأثير**	**Delirium, not induced by alcohol and other psychoactive substances**
F05.0	الهذيان ، الموصوف بأنه غير المنضاف إلى الخرف	Delirium, not superimposed on dementia, so described
F05.1	الهذيان، المنضاف إلى الخرف	Delirium, superimposed on dementia
F05.8	هذيان آخر	Other delirium
F05.9	الهذيان، غير المعين	Delirium, unspecified
F06	**الاضطرابات النفسية الأخرى الناجمة عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) فى الدماغ والناجمة عن مرض جسمى**	**Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease**
F06.0	الهلوسة العضوية المنشأ	Organic hallucinosis
F06.1	الاضطراب الجامودى العضوى المنشأ	Organic catatonic disorder
F06.2	الاضطراب الوهامى (الفصامى الشكل) العضوى المنشأ	Organic delusional [schizophrenia-like] disorder
F06.3	الاضطرابات المزاجية (الوجدانية) العضو المنشأ	Organic mood [affective] disorders
.30	الاضطراب الهوسى العضوى المنشأ	Organic manic disorder

31.	الاضطراب الثنائي القطب العضوي المنشأ	Organic bipolar disorder
32.	الاضطراب الاكتئابي العضوي المنشأ	Organic depressive disorder;
33.	الاضطراب الوجداني المختلط العضوي المنشأ	Organic mixed affective disorder
F06.4	الاضطراب القلقي العضوي المنشأ	Organic anxiety disorder
F06.5	الاضطراب التفارقي (الانشقاقي) العضوي المنشأ	Organic dissociative disorder
F06.6	الاضطراب المتقلب انفعاليا (الوهني) العضوي المنشأ	Organic emotionally labile [asthenic] disorder
F06.7	الاضطراب المعرفي الخفيف	Mild cognitive disorder
F06.8	الاضطرابات النفسية المعينة الأخرى الناجمة عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ والناجمة عن مرض جسمي	Other specified mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease
F06.9	الاضطراب النفسي غير المعين الناجم عن التلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ والناجم عن مرض جسمي	Unspecified mental disorder due to brain damage and dysfunction and to physical disease
F07	اضطرابات الشخصية والسلوك، الناجمة عن المرض والتلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ	**Personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction**
F07.0	اضطرابات الشخصية العضوية المنشأ	Organic personality disorder
F07.1	المتلازمة التالية لالتهاب الدماغ	Postencephalitic syndrome
F07.2	المتلازمة التالية للارتجاج	Postconcussional syndrome
F07.8	الاضطرابات الأخرى العضوية المنشأ في الشخصية والسلوك الناجمة عن المرض والتلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ	Other organic personality and behavoural disorders due to brain disease, damage and dysfunction
F07.9	الاضطرابات غير المعينة العضوية المنشأ في الشخصية والسلوك الناجمة عن المرض والتلف وخلل الأداء (خلل الوظيفة) في الدماغ	Unspecified organic personality and behavioural disorder due to brain disease damage and dysfunction
F09	**الاضطراب النفسي العضوي المنشأ غير المعين أو المترافق بأعراض**	**Unspecified organic or symptomatic mental disorder**

.. فـإن أغلب هذه الاضطرابات تظهـر عند البـدء في مـرحلة البلوغ أو في مرحلة مـتأخرة من الحياة. كـذلك فعلي حين أن بعضـا منها غـير عكوس ومسـتفحل ، عـلي الأقل في حدود معـرفتنا الحالية، نجـد أن اضطرابات أخري في هذه المجمـوعة مؤقتة ، أو تستجيب لعلاجات متوفرة حاليا .

يتـضمن هذا القسم نطاقـا من الاضطرابات العقليـة ، صنفت مـعاً علـى أساس اشتراكـها فى أنها تأتى نتيجـة لمرض دماغى أو إصابة مخيـة أو إصابة أخرى، وتؤدى إلى خلل وظيـفى مـخى. وقـد يكون الخلل أوليـا كـمـا فى الأمـراض والإصـابات والصدمـات التى تؤثر على المخ إما مـباشرة أو بشكل غير مبـاشر ، أو قد يكون ثانويا كما فى الأمراض والاضطرابات الجهازية ، والتى تصيب المخ باعتبـاره واحـداً من الأعضاء أو الأجهزة العديدة التى يصيبها المرض فى الجسم .

وعلى الرغم من أن المنطق يسـتـدعى أن ندرج اضطرابات المخ الناجـمـة عن الكحـول والعقاقير تحت هذه المجموعة .. إلا أنـها قد صنفت فى فصل آخر ؛ بغرض تجميع كل اضطرابات استخدام العقاقير فى جزء واحد خاص بها .

وعلى الرغم من اتسـاع طيف المظاهر النفسية المرضيـة فى الحالات المتضمنة هنا ، إلا أن السمات الأساسيـة لهذه الاضطرابات تشكل مـجموعتين أساسيتين، فهناك من ناحية الزملات التى أكثر سماتها وضوحا وثباتا تلك الخاصة:

١–باضطرابات الوظائف المعـرفـيــة العليـا مـثل الذاكـرة والذهن والـتـعلم ، واضطرابات أخرى مثل اضطرابات الوعى والانتباه .

٢– ومن ناحـية أخرى هناك زملات تكون أكثر مظاهرها وضوحاً فى مناطق الإدراك (هلاوس)، مـضـمـون الـتـفكيـر (ضـلالات)، المزاج والمشـاعـر (اكتئاب، ابتـهاج، قلق) ، أو فى النمط الكلى للشخصية والسلوك ، فى حين يكون اعتلال الوظيفة المعرفية أو الحسية ضئيلا جدا أو صعب التحديد .

أما المجموعة الأخيرة من الاضطرابات ، فتحتل نصيباً أقل فى هذا الجزء من المجموعة الأولى ؛ لأن ما تتضمنه من اضطرابات تتشابه فى أعراضها مع حالات أخرى ، ويعرف عنها أنها تحدث دون مرض أو اختلال وظيفى دماغى ضخم . ومع ذلك فإن الدليل المتنامى على وجود علاقة سببية بين عدد من الأمراض الدماغية والجهازية ، وبين ظهورمثل هذه الزملات يقدم تبريراً كافياً لإدراجها هنا . ويمكن لأغلب الاضطرابات المذكورة فى هذا الجزء على الأقل نظريا ، أن تبدأ فى أى سن، باستثناء الطفولة المبكرة . أما عمليا .. فإن أغلب هذه الاضطرابات تظهر عند البدء فى مرحلة البلوغ أو فى مرحلة متأخرة من الحياة . كذلك فعلى حين أن بعضا منها غير عكوس ومستفحل ، على الأقل فى حدود معرفتنا الحالية ، نجد أن اضطرابات أخرى فى هذه المجموعة مؤقتة ، أو تستجيب لعلاجات متوفرة حاليا .

إن مصطلح (عضوى) كما هو مستخدم فى عنوان هذا الجزء ، لايقتضى ضمناً أن الحالات المذكورة فى أجزاء أخرى من هذا التصنيف هى (غير - عضوية) ؛ بمعنى افتقادها إلى أساس دماغى مثل الفصام واضطرابات المزاج، والوسواس القهرى ... إلخ . ففى الإطار الحالى لايعنى اصطلاح (عضوى) أكثر أو أقل من الزملة المصنفة كعضوية ، والتى يمكن إرجاعها إلى مرض دماغى أو جسمى مستقل وقابل للتشخيص . أما اصطلاح (أعراضى) ، فيشير إلى تلك الاضطرابات العقلية ، التى يتأثر فيها الدماغ ثانوياً نتيجة مرض عضوى .

ويترتب على ما سبق أن تسجيل التشخيص لأى من الاضطرابات المذكورة فى هذا الجزء سوف يستدعى - فى أغلب الحالات - استخدام رمزين أحدهما لزملة المرض النفسى ، والآخر للمرض أو الأذى أو أى إصابة مخية أخرى كامنة وراءه .

الذهان العضوي

وقد سبق تفسير الفروق الظاهرة بين الذهان الوظيفى والعضوى ، وأن الذهان العضوى سببه أى عطب أو تلف فى الجسم ، يمكن اكتشافه بالفحص الإكلينيكى أو بالتحليلات اللازمة أو تحت المجهر ، وأن الأعراض العقلية صادرة من تغيرات فسيوكيميائية وباثولوجية فى الجسم .

ويمكن تلخيص أسباب الذهان العضوى تحت المجموعات الآتية :

١ - اضطرابات التمثيل الغذائى (الأيض) :

أ- أمراض الكبد .

ب- أمراض الكلى .

جـ- السكر.

د- مرض البورفريا .

٢- نقص الفيتامينات :

أ- ب١ (برى برى - مرض فرنيك) .

ب- حامض النيكتينيك (البلاجرا) .

جـ- ب١٢ وحامض الفوليك .

٣- أمراض الغدد الصماء :

أ- الغدد الدرقية .

ب- الغدد جارات الدرقية .

جـ- الغدد فوق الكلوية .

د- النخامية .

هـ- الجنسية .

٤ - نقص الأكسجين فى الدم .

٥- اضطرابات الأملاح والمعادن فى الجسم :

أ- بوتاسيوم .

ب- صوديوم .

جـ- ثانى أكسيد الكربون .

د- الماء .

٦- أمراض شرايين المخ :

أ- تصلب الشرايين وتعدد الاحتشاءات .

ب- بطء مجرى الدم .

جـ- ارتفاع ضغط المخ .

د- أمراض الشرايين الأخرى .

٧- الحميات .

٨- ذهان الحوامل والولادة .

٩- أمراض الجهاز العصبى :

- زهرى الجهاز الهضمى .
- الحمى الشوكية .
- الحمى المخية .
- الشلل الاهتزازى .
- التصلب المتناثر .
- ارتجاج وتهتك المخ .
- التجمع الدموى تحت الأم الجافية .
- أورام المخ .
- الإيدز .

١٠- الصرع .

١١- ذهان السموم :

- أول أكسيد الكربون .
- رصاص - زئبق - زرنيخ - منجنيز - سينور .
- المهدئات والمنومات (البروميد - الباربتيرات) .
- المنبهات .
- الكحول .
- الحشيش .
- الأفيون .
- الهيروين .
- الكوكايين .
- عقاقير الهلوسة .

تفسير الذهان العضوي

لم تتمكن معظم الأبحاث من اكتشاف الأسباب الرئيسية لظهور الأعراض العقلية بسبب الأمراض الجسمية المختلفة السابق ذكرها ، وقد تعددت التفسيرات والنظريات.

ونستطيع أن نوجز الإلمام بها كالآتى :

١ – ارتفاع درجة الحرارة :

ويؤول أتباع هذه النظرية أن كل هذه الأعراض سببها الحمى ، التى تؤثر فسيولوجيا وكيمائيا على وظيفة المخ ، وضد هذا التفسير الملاحظة المتكررة ، أنه كثيرا ما تحدث الأعراض الذهانية بعد اختفاء الحمى أو قبل ظهورها ، يزيد على ذلك أن بعض هذه الأعراض لايصاحبها أى ارتفاع فى درجة الحرارة .

٢ – اضطرابات فى الأوعية والشعيرات الدموية :

يظهر بعض الاضطرابات فى حجم الأوعية الدموية خاصة المغذية للمخ أثناء هذه الأمــراض ؛ مما يؤدى إلى نقص أو خلل فى الدورة الدمــوية بالمخ أو تعــدد الاحتشاءات ، ويؤدى ذلك إلى أعراض الذهان .

٣ – مواد سامة :

وذلك نتاج لاضطرابات عمليات التمثيل الغذائى المختلفة ؛ مما يؤثر على وظائف المخ المختلفة كما يحدث فى البولينا ، والسكر وهبوط وظائف الكلية .

٤ – إرهاق الجهاز العصبى :

ترهق الأعراض الجسمية بكافة أنواعها الجهاز العصبى ، ومن ثم يحتاج هذا الجهاز لكميات مضاعفة من الغذاء ؛ خاصة مجموعة فيتامين (ب) المركب . ويؤدى نقص حاجات الجهاز العصبى إلى أعراض ذهانية حادة .

٥ – السموم البكتيرية :

لاشك أن الأمراض الجسمية التى يسببها فيروسات أو بكتيريا ، تؤثر فى الجهاز العصبى ، وتحدث خللاً فى وظائفه .

٦ – الاستعداد البيولوجى :

يلاحظ أن فئة معينة من المرضى يعانون من الذهان العضوى ، وفئة أخرى

لاتعانى من أى ذهان ، على الرغم من إصابتهم بالمرض نفسه ، ومما يؤيد هذه النظرية ، أن البعض يولد وهو مهيأ وراثيا لظهور الذهان عند إصابته بأى إجهاد جسمانى أو نفسى .

ومهما تتعدد النظريات فى تفسير الذهان العضوى ، فإن الجميع يتفق على أن اضطرابات الجهاز العصبى مهما يكن السبب ، هى العامل الرئيسى فى ظهور هذه الأعراض ، ومما يثبت ذلك الموجات المرضية التى تظهر فى رسم المخ ؛ خاصة فى حالات الهذيان الحاد ، والتى ترتبط ارتباطا وثيقا بدرجة وعى المريض ، فكلما تشوش وعى المريض ، بطأت الموجات المخية وأصبحت عالية الفولت .

الأعراض الإكلينيكية للذهان العضوي :

إن تشوش الوعى ، واختلاط درجة اليقظة هى أهم ما يميز الذهان العضوى بكافة أنواعه ، ويفرقه عن الذهان الوظيفى ، وأهم الأعراض الإكلينيكية المميزة للذهان العضوى هى الآتى :

١ – الهذيان الحاد "Acute Delirium" :

ويتميز بالآتى :

(١) عدم التعرف على الزمان والمكان والأشخاص ، وبالتالى فقدان القدرة على معرفة مكان العمل والسكن وأحيانا الحجرات المختلفة بالمنزل ، ثم اختلاط الزمن عليه ، بحيث لايفرق بين الليل والنهار أو ساعات النوم، فنجده يرتدى ملابسه فى الساعة الثانية صباحا للذهاب لمقر عمله ...

(٢) فشل المريض فى تسجيل أو استدعاء المواد ؛ مما يجعل ذاكرته تخونه بشكل واضح خاصة للأحداث القريبة ، بل ويخلط الأحداث بعضها ببعض مما يجعل نقله للأحداث يشوبه الخطأ والخلط الشديد ، ويكرر الأسئلة نفسها نظرا لنسيانه السؤال والإجابة ، وينكر تماماً أنه استفهم عن هذا الموضوع من قبل .

(٣) التوتر الشديد ، والتهيج لأتفه الأسباب ، وعدم القدرة على الثبات فى مكان واحد ، والسير ذهابا وإياباً دون هدف معين .

(٤) اضطرابات التفكير واختلاطه مع تطاير الأفكار ، وعدم متابعته للموضوع الواحد ، بل تداخل الموضوعات بعضها مع بعض .

(٥) اختلال الإدراك مما يؤدى إلى هلاوس سمعية أو بصرية ؛ خاصة الأخيرة فى الذهان العضوى فيرى أشباحا تهاجمه ، وحيوانات تفترسه وحشرات تلدغه، بل وأفراد يدبرون قتله ، وأحيانا مايصاحب ذلك سماع أصوات تسبه وتلعنه وتهدده بالعقاب ، مما يجعل سلوكه مضطرباً ، ويصبح فى حالة من الرعب والخوف المستمر ؛ مما يؤدى أحيانا إلى محاولات انتحار.

(٦) ضلالات الاضطهاد مع ضلالات الأهمية ، وأن كل التصرفات والحركات والقراءات التى تحيط به ما هى إلا لتنغيص حياته ، ومضايقته وكأنما العالم تمركز حول ذاته ، ولكن عادة ما تكون هذه الهذاءات غير منسقة أو مرتبة ؛ أى عكس ما يحدث فى الفصام .

(٧) الإحساس بالخوف وعدم الاستقرار والأمن .

(٨) القابلية للإيحاء مع تحوير وتزييف الذاكرة .

وغالبا ما يختفى الهذيان الحاد عند علاج السبب الأولى ولكن أحياناً ما تتخلف بعض الأعراض وتستمر مع المريض بعد شفاء الهذيان ، ومن أمثلة ذلك بعض الضلالات الاضطهادية أو الاستعداد البارانويدى ، ونادراً بعض الهلاوس البصرية ، وكثيرا ما يصاحب هذا الهذيان الحاد بعض نوبات صرعية تختفى بانتهاء النوبة الحادة .

٢- الهذيان تحت الحاد "Subcaute Delirious State" :

(١) اضطراب التفكير المتكرر ، وعدم ترابطه هو أهم ما يميز هذا الذهان ، ويصبح أحيانا من العسير تفرقته عن الفصام أو الابتهاج .

(٢) تناوب تشوش الوعى ، فيصاب المريض بنوبة من الهذيان وعدم الاهتداء، واضطراب الإدراك والذاكرة خاصة فى المساء ، ثم يصبح فى حالة سوية ويبدأ فى الشك فى أمر العائلة . ولكنه إذا تذكر ما يحدث فى الهذيان تحت الحاد، من تناوب فى تشوش الوعى ، يستطيع أن يعالج السبب الرئيسي ويعود المريض لحالته السوية .

وتظهر حالات الهذيان تحت الحاد ، بعد نوبة من الهذيان الحاد وأحيانا ما تبدأ فجأة بهذه الصورة الإكلينيكية ، وتتشابه الأعراض مع الهذيان الحاد إلا أنها أقل درجة فى الشدة ، مع تناوبها ووجود فترات من الصحة العقلية السوية .

٣- مجموعة أعراض عسر الذاكرة (زملة النساوة)

"Dysmnesic Syndrome" :

وتشمل هذه المجموعة عدداً من أعراض اضطراب الذاكرة ، ومنها : عدم تسجيل وتدعيم واستدعاء المواد السابقة خاصة تذكر الأحداث القريبة . أما الحوادث البعيدة فيكون تذكرها حاداً لا غبار عليه ؛ مما يجعله يتصور أن ذاكرته قوية ، حيث إنه يتذكر ما حدث منذ ثلاثين عاما ، ولكن لايستطيع الإجابة إن سأله أحد عما فعله أو أكله أمس ، ويصاحب فقدان الذاكرة للأحداث القريبة بعض التزييف والتحوير فى الذاكرة ؛ لملئ الفراغ الذى يحسه من اضطراب الذاكرة فإذا سئل متى أو كيف دخل المستشفى . ولأنه لايستطيع التذكر ، يبدأ فى سرد قصة خيالية مزيفة عن ميعاد وكيفية دخوله للمستشفى ، وبالطبع يكون المريض مقتنعاً بهذه القصة أقتناعاً شديدا .

٤- الخرف أو العته "Dementia" :

ويعرف الخرف بأنه اضمحلالٌ وتدهور ثابت، لا رجعة فيه فى وظائف المخ العقلية بسبب مرض عضوى فى المخ ، ويصاحب العته تدهور فى الشخصية والعادات والسلوك والتفكير ، وفقدان الذاكرة أولاً للأحداث القريبة ثم يمتد ليشمل الأحداث البعيدة ، مع عدم القدرة على التعرف والاستبصار والحكم والتقدير ، ويصاحب ذلك اضطرابات فى الانفعال من سرعة التهيج والإثارة ، إلى الشعور بحسن الحال - والنشوة المرضية ، وإذا شخصنا مريضاً بأنه يعانى من الخرف . فمعنى ذلك أنه لن يشفى ، ويستمر التدهور والاضمحلال تدريجيا ، وسنشرحه بالتفصيل مع اضطرابات المسنين .

٥- الاكتئاب العضوى :

وتتشابه أعراض الذهان العضوى أحيانا بالاكتئاب الذهانى ، خاصة بعد الحميات ، مثل : الإنفلونزا ، والصفراء ، والتيفود ، والدوسنتاريا ، وتبدأ الأعراض بالهذيان تحت الحاد ، وصداع ، وإرهاق ، والبكاء من أتفه الأسباب، والشعور باليأس والذنب ، مع هبوط حركى أو توتر شديد ؛ وتزيد أعراض توهم العلل البدنية ، ويميز هذا الاكتئاب تشوش الوعى وتناوب الأعراض مما يفرقه عن الاكتئاب الذهانى الوظيفى .

٦- الهوس العضوى :

الابتهاج أقل شيوعاً من الاكتئاب فى حالات الذهان العضوى ؛ حيث يصبح

المريض نشطاً ، كثير الكلام ، سريع التهيج ؛ مما يجعل الأقرباء يسألون مشورة الطبيب .

٧- أعراض الفصام (الضلالات أو الهلاوس العضوية) :

سبق أن شرحنا بالتفصيل في التشخيص الفارق للفصام ، الذهان العضوى وكيف أنه أحياناً تتشابه أعراضه مع الفصام ؛ خاصة مع أورام المخ ، والحمى المخية ، وزهرى الجهاز العصبى ، والصرع عدا أنه فى هذه الحالات تضطرب الذاكرة والتعرف ويتشوش الوعى .

وفى معظم حالات الذهان العضوى ، تمتزج هذه الأعراض فيصاب المريض بالهذيان الحاد ، مصحوباً باضطراب الذاكرة ، وبأعراض اكتئابية أو هوسية أو فصامية .

٨- اضطرابات عصابية عضوية :

وهنا تتغلب أعراض القلق والوساوس ، مع أعراض تحولية انشقاقية على الحالة المرضية ، ومع وجود تشوش فى الوعى .

٩- اضطرابات الشخصية العضوية :

تأخذ الشخصية طابعا مميزا ، وتختلف السمات عما سبقها ، وتميل للسلوك النزقى والذاتوية والبطء الحركى ، وتقلب المشاعر بعد الإصابة العضوية ، وتعقب هذه الشخصية إصابات أو عطب المخ خاصة الفص الجبهى والصدغى ، وعادة ما تبدأ بعد عدة شهور من الإصابة .

الأسباب :

١- اضطرابات التمثيل الغذائي

أ- **أمراض الكبد** "Cholaemia"

يظهر الذهان العضوى مع هبوط وظائف الكبد ، كما يحدث أحيانا مع حمى الصفراء ، وتليف الكبد ، وتسمم الحمل ... إلخ ؛ حيث يفشل الكبد فى تنقية الدم من مواد سامة كثيرة ومن ثم تنتقل إلى المخ ، وتسبب عطباً فى وظائف الكبد ، وأحياناً ما تبدأ هذه الأعراض قبل العلامات الجسمية لهبوط الكبد؛ ولذا يجب على الطبيب اليقظة التامة عند مجابهته لهذه الصورة الإكلينيكية ، والتى تتميز باضطراب الوعى ، وكثرة النوم ، وبطء الاستجابة للمنبهات والدخول فى غيبوبة، ثم تغير واضح فى

الشخصية حيث يصبح سلوك المريض طفولياً ، سريع التهيج ثم تتدهور الملكات العقلية مع صعوبة فى الكلام والكتابة ، مع ظهور ارتجاف مميز فى الأطراف كرفرفة أجنحة الطيور .

وأخيراً يتضح علامات إصابة الجهاز العصبى بالفحص الإكلينيكى ويتجه علاج هذا الذهان إلى المرض الكبدى الأولى .

ب- هبوط الكلية "Uraemia" :

يلعب الذهان العضوى دوراً مهماً فى أمراض هبوط وظائف الكلية من أمراض بالكلية أو خارجها . وتتميز الصورة الإكلينكية بالإرهاق والصداع وسرعة التهيج مع الدوار والدوخة ، ويشبه ذلك أعراض القلق النفسى المزمن ، ولكن نلاحظ هنا ارتجافات عضلية فى الجسم ، مع عسر هضم وقئ . وإن صاحب هبوط الكلية ارتفاع فى ضغط الدم ، يبدأ المريض فى المعاناة من نوبات صرعية وهذيان حاد أو تحت حاد، مع علامات عضوية فى الجسم وعلامات وأعراض ارتفاع ضغط المخ .

جـ- مرض السكر أو هبوط نسبة السكر فى الدم

“Hyperglycaemia or Hypoglycaemia”:

يتعرض مرضى السكر لنوبات من زيادة السكر أو نقصه فى الدم ، وفى كلتى الحالتين يعانى المريض من عدة أعراض عقلية ونفسية ، وتبدأ غيبوبة زيادة السكر فى الدم بتوتر حاد ، وتهيج عصبى ، وسلوك شاذ ، ثم دوار وهبوط حركى تعقبه الغيبوبة المعروفة ، والتى يمكن اكتشافها بعدة أعراض إكلينيكية وتحليل الدم والبول . أما نقص السكر فى الدم فينشأ من إعطاء مرضى السكر كميات كبيرة من الأنسولين تفوق حاجاتهم ، أو من أورام البنكرياس أو أثناء علاج مرضى الفصام بغيبوبة السكر سابقا .

وأول أعراض نقص السكر فى الدم هو العرق الشديد مع الإحساس بخفة الرأس ويعقب ذلك بعض الاختلاط العقلى مصحوبا بسلوك هستيرى شاذ ، ويحدث ذلك فى نوبات خاصة مع أورام البنكرياس مع التهيج العصبى ، وأعراض عقلية ونفسية ؛ مما يجعل تشخيص الهستيريا محتملاً ، وهذا خطأ شائع مع أورام البنكرياس ؛ نظراً لأن أعراض المرض تتشابه تماماً مع النوبات الهستيرية خاصة فى غيبوبة نقص السكر فى الدم ، والتى تحدث أثنائها نوبات صرعية .

وإذا استمرت الغيبوبة زيادة عن بضعة ساعات ، يصاب المريض بتلف وعطب

دائم فى المخ ؛ لأن الخلايا العصبية لا تتحمل نقص السكر أكثر من فترة وجيزة ، وعادة ما يصاب مرضى أورام البنكرياس وزيادة إفراز الأنسولين بالسمنة المفرطة لتناولهم السكر ومشتقاته بكثرة لتعويض نقصه فى الجسم ، وكما سبق الذكر فإنه يجب التفرقة بين هذا والهستيريا والعصاب والصرع وأورام المخ.. إلخ.

د- مرض البورفريا "Porphyria" :

ويتميز هذا المرض بوجود نوع شاذ من البورفيرين ، يظهر بوضوح فى البول ، الذى يصبح لونه كالنبيذ الأحمر بعد إفراغه .

وأهم أعراض هذا المرض :

(١) أعراض باطنية كالمغص الشديد والإمساك المفرط ، وهذه النوبات من المغص تعرض المريض لعمليات جراحية متكررة .

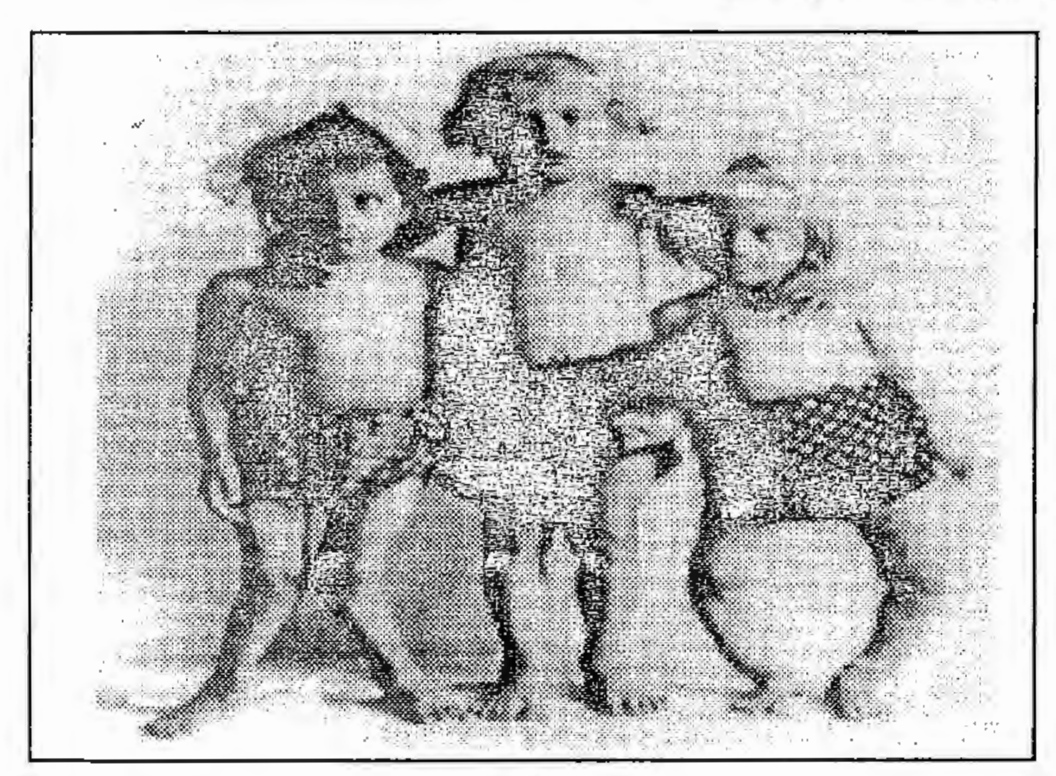
(٢) أعراض عصبية وأهمها نوبات الصرع ، والتهاب أطراف الأعصاب؛ مما يؤدى إلى ضعف الأطراف ، وعدم القدرة على القيام بأى مجهود عضلى .

(٣) أعراض نفسية وعقلية فى هيئة عدم تناسب انفعالى ، مع التوهم المرضى، واختلاط عقلى ، وسلوك هستيرى وأحيانا هلاوس وهذاءات.

ولذا يجب الحرص فى التشخيص عند ملاحظة أعراض باطنية وعصبية وعقلية مع اللون المميز للبول ، وعدم التسرع فى تشخيص مثل هذه الحالات بالعصاب أو الذهان .

٢- نقص الفيتامينات :

أ- فيتامين ب١ (ثيامين) "Beri - Beri" :



Beriberi disease
نقص فيتامين ب١
البربرى

(١) مرض البرى البرى

يشعر المريض بآلام حارقة وتنميل فى الأطراف ؛ مما يجعل السير عسيراً ومؤلما ؛ لالتهاب أطراف الأعصاب ، وأحياناً تتورم أطراف المريض مع ضيق التنفس ، وسرعة النبض ، وتضخم القلب . وأهم الأعراض النفسية : الإرهاق وفقدان الشهية والتهيج العصبى ، والإعياء النفسى ، ويظهر هذا المرض فى هؤلاء الذين يعتمدون فى طعامهم أساسا على الأرز المضروب ؛ نظرا لأن قشرته تحوى كميات كبيرة من فيتامين ب١ ، وكذلك يعانى منه مدمنو الخمر والمسنين ، ومرضى العقول الذين يهملون غذاءهم .

(٢) اعتلال فرنيك الدماغى "Wernicke's Encephalopathy" :

يعانى مدمنو الخمر من هذه المجموعة من الأعراض ، وكذلك من ينقصهم فيامتين ب١ لأى سَبب من الأسباب ، ويتميز بتآكل الخلايا العصبية ووجود بؤر نزيفية فى الأجسام الحلمية بالهيبوثلاموس والمخ المتوسط .

وأهم أعراضه الإكلينيكية :

(أ) أعراض عقلية كتشوش الوعي ، وهذيان حاد وهلاوس واختلاط عقلي ثم فقدان الذاكرة للأحداث القريبة مع تحويرها وتزييفها (كما يحدث مع مرض كورساكوف) .

(ب) شلل خارجي وداخلي في عضلات العين .

(جـ) التهاب في أطراف الأعصاب .

(د) عدم تآزر التوازن في الجسم .

ب- حامض النيكوتينيك (البلاجرا) "Pellagra" :

ينتشر هذا المرض في المجتمعات الفقيرة التي تعتمد في طعامها على البقول؛ خاصة الذرة ، والذي يحوي كمية بروتين بسيطة . وقد كانت البلاجرا مرضاً وبائيًا في مصر لسوء الحالة الغذائية ، ولكن نادراً ما نرى مثل هذه الحالات الآن .

وأهم أعراض البلاجرا :

(١) أعراض هضمية :

مثل الغثيان والقيئ والإسهال .

(٢) أعراض جلدية :

كالتهاب الجلد ، والاحمرار وزوال قشرة الجلد ؛ خاصة في الأماكن المعرضة للشمس .

(٣) أعراض عصبية :

تلف في المسارات الهرمية في الجهاز العصبي .

(٤) أعراض عقلية :

وتأخذ عدة صور من إعياء نفسي ، إلى اكتئاب شديد مع أفكار انتحارية وأعراض قلق نفسي مع هستيريا ، وأحياناً ما يصاب المريض بهذيان حاد واضطراب الذاكرة مع هذاءات اضطهادية .

وقد وجد المؤلف في دراسة واسعة على ما يقرب من مئة حالة بلاجرا أن طبيعة العصاب أو الذهان في هذا المريض يعتمد على الاستعداد الوراثي للفرد ، وأنه لايوجد ذهان أو عصاب مميز لهذا المرض ، حيث إن جميع الصور الإكلينيكية تظهر

حسب استعداد الفرد ، ويعالج هذا المرض بإعطاء كميات كبيرة من حامض النيكوتينيك مع مواد غذائية غنية بفيتامين «ب المركب» مثل الخميرة ، البيض ، الكبد ... إلخ .

جـ- فيتامين ب١٢ وحامض الفوليك (الأنيميا الخبيثة) :

يسبب نقص هذا الفيتامين أعراضًا عصبية عديدة ، وأهمها المرض المعروف باسم التنكس الجمعي تحت الحاد للحبل الشوكي "Sub-acute Combined Degeneration of the Spinal Cord" ، الذى تظهر فيه أعراض عصابية وذهانية فى حوالى من ٤٠ - ٩٠٪ من الحالات، بل وأحيانا مايبدأ المرض فى ٤٪ من الحالات بأعراض نفسية ، مثل : الاكتئاب ، والإعياء النفسي والهبوط الحركى وذهان بارانويدى، هذاءات ، وهلاوس حسية ، ونادرا نوبات هوس أو ابتهاج ، ويصعب أحيانا تفرقة هذه الاضطرابات عن الذهان الوجدانى والفصام وأحيانا ما يصاب المريض باضطرابات فى الذاكرة ، مع فقدان القدرة على التعرف ، ونوبات من الهذيان تحد الحاد .

٣- أمراض الغدد الصماء :

سنقتصر هنا على وصف الأعراض العصابية والذهانية المصاحبة لهذه الأمراض ، ويستطيع القارئ الرجوع لكتاب علم النفس الفسيولوجى للمؤلف ؛ لفهم التفصيلات التشريحية والفسيولوجية لاضطرابات هذه الغدد .

أ- الغدة الدرقية :

يتميز نقص إفراز الغدة الدرقية (المكسديما- وذمة – Myxedema) بأعراض عقلية مميزة ، أهمها : بطء التفكير ، الهبوط الحركى ، وقلة الاستجابة للمنبهات الخارجية ، وعدم القدرة على التركيز ، والإرهاق من أقل مجهود مع سرعة النسيان وصعوبة التذكر، وتظهر الأعراض الاكتئابية والهذاءات الخيلائية فى حوالى من ١٥- ٣٠٪ من الحالات، ويتشابه ذهان المكسديما أحياناً مع الذهان الوجدانى والفصام ، وأحيانا أخرى مع العصاب أو بدء حالات الخرف والاضمحلال العقلى .

والمرض أكثر شيوعا بين النساء عنه بين الرجال بنسبة ٨ : ١ ، ويجب الحرص فى تشخيص مثل هذ الحالات ؛ نظرا لاختلاف العلاج عن الأمراض العصابية والذهانية والوظيفية .

وأهم الأعراض الجسمية المميزة للمكسديما ، هى : جفاف الجلد وخشونة الصوت وتورم الجفون السفلى وسقوط الشعر ، والشعور بالبرد وضعف الانعكاسات

العصبية العميقة ، مع عمل أبحاث كولسترول الدم واليود المشع ... إلخ ، ويكون العلاج بإعطاء خلاصة الغدة الدرقية بالكميات المناسبة Thyroxin .



Myxedema

الوذمة المخاطية



Myxedema

الوذمة المخاطية

أما القصاع Cretinism -- ويحدث فى الأطفال - فيسبب تخلفاً عقلياً شديداً مع عدم النمو ، وخشونة الصوت ، وغلاظة اللسان وجفاف الجلد ، وإن لم يعالج فى الشهور الأولى من المرض ، يصبح القصور العقلى دائماً ، وسنشرح ذلك مع التخلف العقلى .

أما زيادة إفراز الغدة الدرقية (مرض جريف) Grave's disease ، فيتميز بسرعة التوتر والعصبية مع أعراض القلق النفسى من كثرة الحركة ، وصعوبة التركيز، والتهيج من أى صوت والأرق ، والعصبية الزائدة وارتجاف الأطراف . وفى الحالات الشديدة يصاب المريض أحياناً بنوبات من الابتهاج تحت الحاد ، أو الاكتئاب الشديد أى نوبات وجدانية مصحوبة أحياناً بأعراض ذهانية ، ويصاحب هذه المجموعة من الأعراض العقلية والنفسية جحوظ العينين وتورم الغدة الدرقية، وزيادة ضغط الدم ، وسرعة النبض وفقدان الوزن ، والعرق الشديد الدافئ ... إلخ، ويكون العلاج بإعطاء مضادات لتقليل كمية الثيروكسين (خلاصة الغدة الدرقية) فى الدم .



Thyrotoxicosis

مرض جريف

زيادة إفراز الغدة الدرقية



Thyrotoxicosis

مرض جريف

زيادة إفراز الغدة الدرقية

ب- الغدد جارات الدرقية :

تستأصل أحيانا هذه الغدد أثناء استئصال الغدة الدرقية جراحيا .

ومن أهم وظائفها تنظيم نسبة الكالسيوم والفسفور فى الجسم ، وقد أشارت الأبحاث الحديثة إلى أن انعدام أو نقص إفراز هذه الغدة يؤدى إلى أعراض عصابية من القلق والتوتر والاكتئاب والإرهاق وأحيانا أعراض ذهانية حادة ، ويصعب تفرقتهاعن الذهان الوظيفى ؛ ولذا يجب التفكير فى هذا الاحتمال عند ظهور هذه الأعراض بعد استئصال الغدة الدرقية .

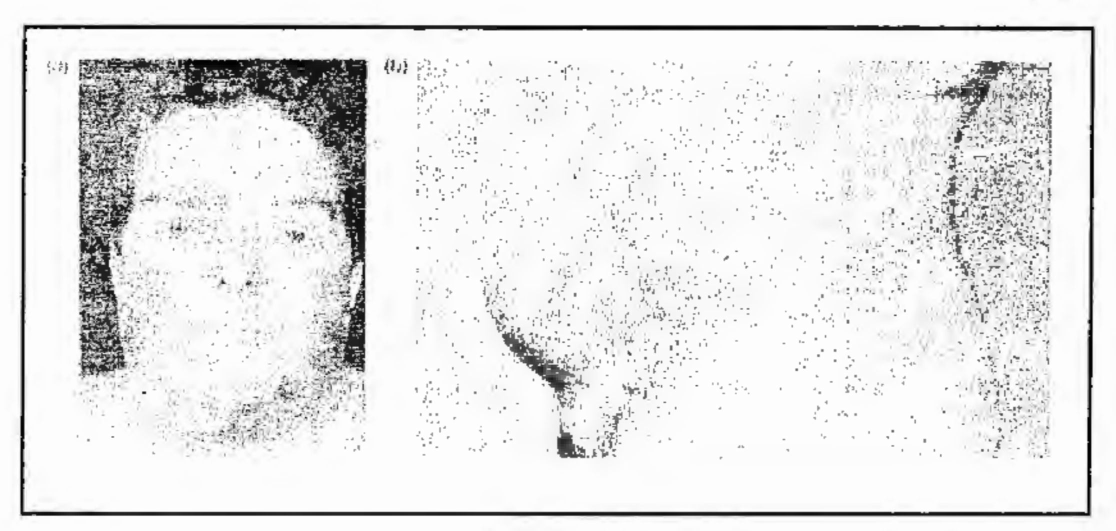
جـ- الغدة فوق الكلوية (الادرينالية) :

(١) **مرض اديسون** : Addison

ويظهر من نقص إفراز قشرة الغدة بسبب أمراض متعددة ، أهمها : الدرن والشعور الدائم بالتعب والإعياء مع الخمول والاكتئاب ، مع السلبية وفقدان القدرة على تحمل المسئولية ، ويصحب ذلك فقدان الوزن وهبوط ضغط الدم ، وتلون اللسان داخل الفم باللون البنى ... إلخ .

(٢) مرض كشنج Cushing's :

وهو زيادة إفراز قشرة الغدة ، وتظهر هنا أعراض ذهانية وجدانية فى هيئة نوبات هوس حاد ، أو نوبات اكتئاب شديدة مع هذاءات اضطهادية بارانويدية وأحيانا هلاوس سمعية ، أو بصرية مصحوبة بالأعراض المميزة الجسمية من سمنة فى الجسم، وارتفاع ضغط الدم ، وظهور مرض السكر وخطوط قرمزية اللون على البطن ... إلخ .



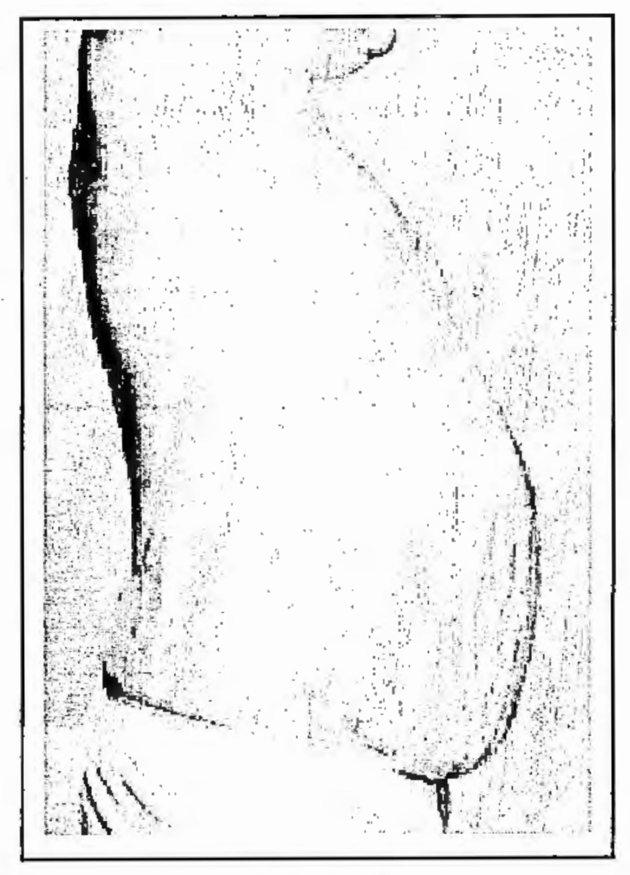
Cushings

مرض كشنج



Cushings

مرض كشنج



Cushings

مرض كشنج

(٣) **الفيوكروموسيتوما** Pheochromocytoma :

وهو ورم نخاع الغدة ، وهنا يفرز الورم كميات كبيرة من الأدرينالين والنورأدرينالين ، تسبب نوبات من القلق الشديد والتوتر العصبى ، وسرعة ضربات القلب ، وزيادة ضغط الدم وعرق غزير مع ارتجاف الأطراف ، وخوف بالغ وارتفاع نسبة السكر فى الدم ، وتصاحب هذه النوبات المتكررة حالات القلق النفسى الحاد (الهلع) ، ويجب أخذ ذلك فى الاعتبار فى التشخيص الفارق للقلق .

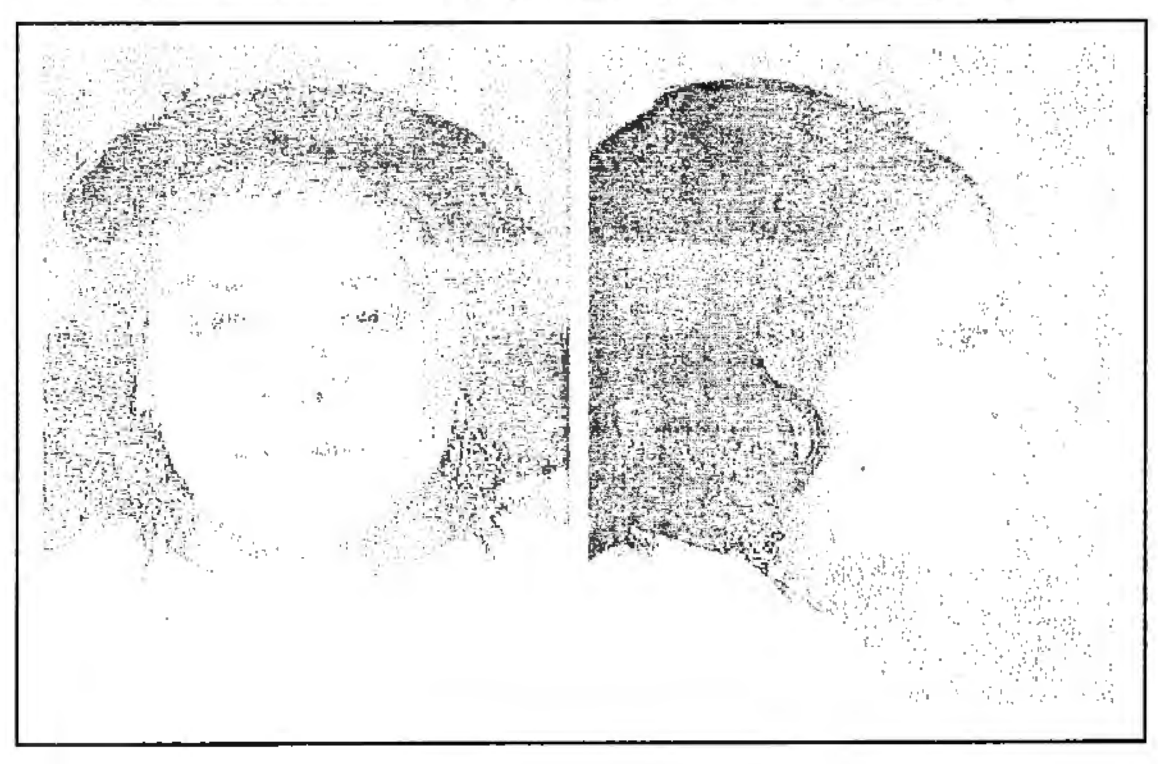
د- الغدة النخامية :

(١) **مرض سموند** : "Simmond's"

وهو نقص إفراز الغدة النخامية ويصاحبه الإحساس المستمر بالتعب والخمول مع بعض الاكتئاب ، وأحياناً تصاب المريضة بسلوك هستيرى ، مع فقدان الشهية والوزن ؛ مما يجعل المرض شبيهاً بحالات فقدان الشهية العصبى.

(٢) الأكروميجالى : Acromegaly

يسمى أيضا «تضخم الأطراف» حيث يعانى المريض بعد فترة من النشاط والقوة بالإحساس بالسلبية ، سطحية الانفعال ، ويصبح بطيئاً ولايهتم إلا بالطعام والشراب، وينتاب المرضى إحساس بالأمومة ويميلون للأطفال ، حتى ولو كانوا من الرجال ، وتختفى الرغبة الجنسية ، وينتهى المريض بمضاعفات جسمية شديدة.



Acromegaly

تضخم الأطراف

هـ- الغدد الجنسية :

تلعب الهرمونات دوراً كبيراً فى حياة الفرد النفسية والعقلية ، فتصاب نسبة كبيرة من النساء (حوالى ٤٠ ٪) قبل الطمث الشهرى ، بنوبات من التوتر والحساسية وسرعة البكاء والاكتئاب ، والتهيج العصبى ، مصحوبة بزيادة فى الوزن وتورم فى الجسم وانتفاخ فى الثدى ، وثقل فى الجسم مع الصداع والغثيان.

وتبدأ تلك الأعراض عدة أيام قبل الطمث ، وتنتهى مع بداية الدورة الشهرية ، ويصاحب هذه الفترة رغبة فى النوم مع زيادة الشهوة الجنسية ، والسبب الرئيسى فى كل هذه الاضطرابات هو تغير نسبة الهرمونات الأنثوية الإستروجين والبروجستيرون فى الجسم.



Acromegaly

تضخم الأطراف

وكذلك الاضطرابات النفسية والعقلية التى تصاحب قلة من النساء أثناء انقطاع الطمث فى العمر ما بين ٤٥ – ٥٠ عاماً ، وتأخذ شكل الاكتئاب الشديد والشعور باليأس والفقر والذنب والإثم ، والأرق ، والسخونة فى الجسم ، وتوهم العلل البدنية ، والهذاءات الاضطهادية والأفكار البارانويدية ... إلخ . ونلاحظ أيضاً انقطاع الطمث فى سن الخصوبة فى حالات كثيرة من العصاب والذهان ، وعودته بعد شفاء المرض ، وإذا أزلنا المبيضين جراحيًا أو أوقفنا عملهما بالكهرباء ، تبدأ السيدة فى الشعور بجميع أعراض توقف الطمث العصابية أو الذهانية ، ويلاحظ تأثير الهرمونات الجنسية فى ظهور بعض الأعراض النفسية ، عند تناول أقراص منع الحمل .

أما هرمون الذكورة (التستيرون) فهو بناء للبروتينات ، وعند إعطائه للمسنين يشعرون بحسن الحال ، وقوة البنية ، وكذلك فهو يزيد الرغبة الجنسية ويعطى الفرد نوعاً من الإيجابية والعنف والعدوان ، ويلاحظ فى هؤلاء الذين أصيبوا بضمور أو مرض فى الخصيتين ، سلبية أنثوية ، مع طاعة غريبة وحب الهدوء مع الابتعاد عن العنف والمجادلة .

أما الأعراض الذهانية التى تصاحب الحمل والولادة والرضاعة فسنشرحها فيما بعد .

٤- نقص الأكسجين في الدم :

إن مخ الإنسان هو أكثر الأعضاء حساسية لكمية الأكسجين فى الدم ،وتبدأ وظائفه في الاضطراب إذا نقصت نسبة الأكسجين إلى حد معين . وأهم أسباب هذا النقص : أمراض الرئة ، والمرتفعات العالية ، ونقص كمية الهيموجلوبين الناقلة للأكسجين ، كما هو الشأن فى حالات الأنيميا ، وكذلك عند تسمم الدم بمواد خاصة مثل أول أكسيد الكربون ، وعند التخدير العام لمدة طويلة .

ويوجد الأكسجين فى الجو بنسبة ٢٦ ٪ ، ويمر نقص الأكسجين بأربع مراحل إكلينيكية :

أ- النسبة ما بين ١٦ - ٢٠ ٪ تقل القدرة على الانتباه والتفكير الواضح ، وينقص توازن الجسم .

ب- النسبة ما بين ١٤ - ١٩ ٪ يصبح الفرد مثل المخمور ويكثر من الكلام ويجادل بعنف ويصاب بحساسية مفرطة ، ويشكو من الصداع وتنميل فى الأطراف وعدم التوازن ، مع الإحساس العام بالإرهاق .

جـ- النسبة ٦ ٪ يبدأ الغثيان والقئ ، ثم يزحف الشلل على الجسم تدريجيًا ، ويصبح المريض غير حساس للمنبهات الحادة ، مع تشوش فى الوعى وإذا أنقذ الفرد ، يصاب بفقدان الذاكرة لهذه الفترة .

د- النسبة أقل من ٦ ٪ يختلج جسم الفرد، ويصاحب ذلك نوبات صرعية، ويتوقف التنفس والقلب بعد ٦ أو ٨ دقائق من وصول أكسجين الجو لأقل من ٦ ٪.

٥- اضطراب المعادن في الجسم :

أ- البوتاسيوم :

تنقص نسبة البوتاسيوم فى الدم كنتيجة للقيء أو الإسهال الشديد أو الاستعمال الحاد للعقاقير المدرة للبول ، كذلك يظهر أثناء علاج غيبوبة السكر وإعطاء كميات كبيرة من الكورتيزون .

ويلاحظ أثناء نقص البوتاسيوم خمول واضطراب فى التفكير واختلاط عقلى،

واكتئاب مصحوباً بتوتر وخوف وتهيج عصبي ، مع هذيان تحت حاد، ويصحب ذلك ضعف في العضلات واختفاء الانعكاسات العميقة ، مع تقلصات عضلية وانتفاخ البطن .

ب- الصوديوم :

تقل نسبة الصوديوم في الدم مع هبوط الكليتين ، ومرض أديسون ،والسكر والإسهال والقئ . وتعطى الحالات البسيطة شعوراً بالتعب والخمول ، وإن اشتدت الحالة يصاب المريض بصداع ، ودوار وإغماء ، وضعف بالعضلات . وفي الحالة الحادة يبدأ القئ وتشوش الوعي ، وفقدان القدرة على التعرف ، مع ظهور هذاءات وهلاوس ، ويصاب المريض بغيبوبة تنتهي بالوفاة إن لم يعالج بكميات مناسبة من كلوريد الصوديوم في الوريد .

جـ- الماء :

إن حرمان الفرد من الماء كوسيلة للتعذيب أو في أمراض الشيخوخة والذهان المزمن ، والسكر الكاذب وصعوبة البلع ، يؤدي إلى هذيان حاد ينتهي بالموت وكذلك شرب الماء بكثرة ، كما يحدث في بعض مرضى الفصام المزمن ، ويسبب تسمماً عند إعطائه في الوريد بكمية أكثر مما يحتاجها الجسم ، فيشعر المريض بفقدان الشهية والغثيان والقئ ثم ضعف عام ، وتغيرات انفعالية ، ثم يبدأ في نوبات صرعية وتظهر علامات في الجهاز العصبي ، مثل : الشلل النصفي مع تشوش في الوعي ، وينتهي بهذيان حاد وغيبوبة .

د- ثاني أكسيد الكربون :

تزيد كمية ثاني أكسيد الكربون في أمراض الرئة المزمنة ، ويؤدي ذلك إلى تشوش في الوعي، واختلاط عقلي وعدم القدرة على التعرف ، مع هلاوس سمعية وبصرية مع صداع شديد مصحوب برعشة وزرقة في الجسم ، فإذا أصيب أحد مرضى الصدر المزمنين بأعراض ذهانية لأول مرة .. يجب التأكد من عدم وجود زيادة في نسبة ثاني أكسيد الكربون في الدم .

هـ- بعض العقاقير الأخرى :

يوجد الآن في الطب الحديث الكثير من الأدوية التي تسبب أعراضاً عقلية ونفسية كعرض جانبي لها ، ومن أمثلة تلك العقاقير : العقاقير المضادة للدرن ، مثل : السيكلوزيرين وايسونيازيد اللذان يسببان تغيراً واضحاً في الشخصية ، مع أعراض

ذهانية ، وأيضا العقاقير المضادة لارتفاع ضغط الدم مثل السيربازيل والدوميت والإسميلين ، والتى لوحظ أنها تؤدى إلى اكتئاب ذهانى ، وهذيان تحت حاد ،وذكرنا سابقا تأثير هرمونات الكورتيزون وخلاصة الغدة الدرقية .. وهكذا .

وكذلك أقراص منع الحمل التى تحتوى على نسبة عالية من هرمون البروجستيرون ، وتتراوح نسبة القلق والاكتئاب بعد استعمال هذه الحبوب ما بين حوالى ١٥ – ٢٠ ٪ فى النساء اللاتى يستعملنها بصفة منتظمة دون انقطاع .

٦– أمراض شرايين المخ :

أ– تصلب الشرايين :

يؤدى تصلب شرايين المخ إلى ضيق فى الأوعية الدموية ، وبالتالى نقص كمية الدم المغذية لهذه المنطقة ، ويعانى المريض عند بدء تصلب شرايين المخ من ضعف فى الوظائف العقلية ، مع اضطراب الذاكرة ؛ خاصة بالنسبة للأحداث القريبة، مع عدم توازن الانفعال ، والبكاء والضحك لأتفه الأسباب ، وأحياناً دون سبب ، ويصبح أنانيا ، مقاوماً لأى تغيير فى البيئة مع العناد والصلابة فى الرأى ، ويتعرض لنوبات من الاكتئاب وضلالات اضطهادية ، ويصبح فريسة للهذيان الحاد أو تحت الحاد بعد أى تغير فى البيئة أو بعد عمليات جراحية ، ثم تظهر بعد ذلك علامات فى الجهاز العصبى ، مثل : الشلل النصفى ، الحبسة (فقدان القدرة على الكلام) ونوبات صرعية .. وسنناقش ذلك مع ذهان المسنين .

ب– بطء مجرى الدم :

قد يحدث ذلك مع هبوط القلب ، مما يسبب صعوبة التركيز والأرق مع الكوابيس، وعدم توازن فى الانفعال مع نوبات من الهذيان الحاد، وكثيراً ما يصاحب أمراض القلب خاصة الذبحة أو الجلطة أعراض عصابية كالقلق والاكتئاب .

جـ– ارتفاع ضغط الدم فى المخ :

ويصحب ذلك ارتفاع ضغط الدم الشديد ، وأهم الأعراض: نوبات الصرع ، مع الإصابة بفقدان القدرة على الكلام ، وأحيانا شلل نصفى مصحوب باختلاط عقلى ، وهذيان حاد أو تحت حاد ، مع تشوش فى الوعى ، وإن زاد الضغط يدخل المريض فى غيبوبة تنتهى بالوفاة ، إن لم يعالج بالعقاقير اللازمة لخفض ضغط دم المخ .

د- أمراض الشرايين الأخرى :

يوجد كثير من الأمراض التى تؤثر على سلامة الغشاء الداخلى بشرايين الجسم وخاصة شرايين المخ ؛ مما يسبب عطباً أو تلفاً فى الجزء المغذى بهذا الشريان ، خاصة إذا أصيب هذا الشريان بجلطة أو انسداد .

وتختلف الأعراض حسب مكان الشريان فى المخ والجزء الخاص به ، ولكن دائماً ما يصاحب هذه الأمراض أعراضاً جسمية أخرى تفرقها عن الذهان الوظيفى ، والذى يتشابه أحيانا فى أعراضه مع الذهان العضوى المصاحب لأمراض شرايين المخ .

٧- الحميات

تتميز بعض الحميات بظهور بعض الصور الإكلينيكية من الذهان العضوى أثناء الحمى أو قبلها وأحيانا بعدها ، فيبدأ التيفود أحيانا بهذيان تحت حاد مصحوب بأعراض ابتهاجية ، أما فى النقاهة فيغلب على المريض بعض الاكتئاب واضطراب الذاكرة .

ويعقب الإنفلونزا فترة قصيرة من الاكتئاب وكذلك مع حمى الصفراء ، أما فى الالتهاب الرئوى ، والحمرة والدفتريا ، والدرن ، والملاريا ، والتيفود والدوسنتاريا الحادة ، وغيرها من الحميات ، فيتعرض المريض أحياناً لأنواع عدة من الذهان العضوى ، سببها الرئيسى ارتفاع درجة الحرارة وتأثير ذلك على كمية الدم المغذية للمخ ، أو التأثير الميكروبى أو التسممى المباشر على المخ .

٨- أمراض الجهاز العصبي :

أ- زهرى الجهاز العصبى :

الزهرى هو مرض تناسلى، ينتقل عن طريق الجماع أو الملامسة مع المصاب ، ويمر بعدة مراحل تظهر فى فترات متباينة من حياة الإنسان .

وأهم الأعراض العقلية فى المرحلة الأولى والثانية الصداع ، صعوبة التركيز ، سهولة الإرهاق ، والتهيج العصبى مع أعراض التوهم المرضى .

ويحدث زهرى الجهاز العصبى فى أشكال ثلاثة :

(١) زهرى السحايا والأوعية الدموية :

تبدأ الأعراض بعد عدة شهور تصل إلى ستة شهور من بدء العدوى ، وأحياناً

ما تتأخر إلى خمس سنوات ، ويؤثر الزهرى هنا فى السحايا مباشرة ، أو داخل أو حول الأوعية الدموية، ويبدأ المريض فى الشكوى من صعوبة التركيز ، والنسيان ، والتعب ، والصداع ، وبطء التفكير ، والإهمال الذاتى ، ويكون حينئذ مستبصراً بمرضه مما يسهل تشخيص القلق النفسى ، لما يصاحب هذه الأعراض من توتر وضيق واضحين، وتدريجيا تبدأ نوبات من تشوش الوعى وهذيان مع تهيج هوسى .

وأحياناً ما تكون الحدقة ضيقة (أرجيل روبرتسون) مع شلل فى عضلات العين، ونجد علامات عصبية أخرى ، مثل : الشلل النصفى ، فقدان القدرة على الكلام أو الحركة ، نوبات صرعية ... إلخ .

ومن العلامات المميزة سواء العقلية أو العصبية فى بدء المرض تناوب وتغير هذه الأعراض من حيث الشدة ، مما يشابهها بالتجمع الدموى تحت الأم الجافية .

وللتحقق من التشخيص ، يجب إجراء بعض الفحوص المعملية فى الدم والسائل الشوكى ، لتفرقته عن العته الشللى العام ؛ حيث يحمل زهرى السحايا مصيراً أحسن من ذلك المرض ، وذلك بالآتى :

١- مدة العدوى قصيرة .

٢- يبدأ بطريقة حادة .

٣- المريض أكثر استبصاراً .

٤- تكامل الشخصية .

٥- الارتجاف نادر.

٦- غالبا ما توجد علامات عصبية لحائية .

(٢) العته الشللى العام أو الخذل العام "General Paralysis of the Insane" :

يصيب هذا المرض الرجال أكثر من النساء ، وتظهر التغيرات والضمور فى المخ خاصة فى الأماكن الجبهية ،والجدارية والصدغية ، وتتراوح مرحلة الاختمار أى المدة مابين العدوى وظهور المرض ما بين ٥ – ٢٥ سنة ، وهو أكثر شيوعاً مابين ٣٠ – ٥٠ عاماً، ويبدأ عادة بأعراض غير محددة من صداع ، دوار ، أرق ، وضعف الإرادة .

ولكن غالباً ما يتخلف المريض عن المجئ للطبيب إلا بعد ظهور علامات الاضمحلال العقلى ، فتبدأ الذاكرة فى التدهور خاصة القريبة ، مع سلوك شاذ غريب

تلقائى وعدم القدرة على التكيف الاجتماعى ، وتبدأ نوبات تشوش فى الوعى وشرود ، فأحيانا تجد المريض فى مدينة أخرى وتارة فى مراحيض للسيدات، وتتدهور القيم الخلقية لديه، ولايلتزم بأحكام الآداب العامة ، حتى يصاب بالعته التام .

ويختلف ظهور المرض من الناحية العقلية بالنسب الآتية :

١- ٣٤٪ خرف بسيط .

٢- ٢٩٪ خرف مصحوب بالشعور بحسن الحال والنشوة .

٣- ١٠,٥٪ صورة ابتهاجية .

٤- ٧٪ صورة اكتئابية مع أفكار عدمية وتوهم مرضى .

٥- ٦٪ اختلاط ذهانى حاد .

٦- ٥,٥٪ أثارة حركية .

٧- ٣,٥٪ هذيان حاد أو تحت حاد .

٨- ٣٪ صورة فصامية مع ضلالات عظمة ، واضطهاد وهلاوس .

٩- ١,٥٪ صورة هوس أو ابتهاج .

وتصاحب هذه الأعراض العقلية ، علامات جسمية واضحة ، وأهمها : ارتعاشات دقيقة فى الشفتين واللسان وعضلات الوجه ، وقد تحدث نوبات صرعية، وشلل يصيب الساقين ؛ حتى يصبح المشى صعباً لدرجة تلزم المريض الفراش ، ويفقد تحكمه فى التبول والتبرز ، كذلك تظهر حدقة ارجيل روبرتسون فى حوالى ٦٠٪ من الحالات ، مع صعوبة الكلام وعدم توازن الجسم .

ونستطيع الآن إيقاف المرض فى من ٩٠ – ٩٥٪ من الحالات ، مع شفاء ٣٠٪ من المرضى وعودتهم لحياتهم السابقة؛ خاصة إذا كان المرض فى بدايته، بإعطاء الكميات المناسبة من البنسلين حوالى مليون وحدة يوميا لمدة أسبوعين ، وقد سبق قبل معرفة سبب المرض علاجه بحقن المريض بميكروب الملاريا حتى يصاب بالحمى، التى تؤثر تأثيراً واضحاً فى سير المرض، ولامانع من إعطاء المطمئنات، ومضادات الاكتئاب والمهدئات حسب الحالة العقلية .

(٣) الخراع (التحول أو الهزال الظهرى) "Tabes Dorsalis" :

يبدأ هذا المرض بعد حوالى من ٥ – ١٥ سنة من بدء العدوى ، ويصيب أساساً الجذور الخلفية الشوكية وخاصة المجموعة السفلى ، وينتج عن ذلك ضمور فى المنطقة

الخلفية للمادة البيضاء فى الحبل الشوكى ، وأول الأعراض آلام حسية بارقة أو صاعقة لمدة ثوان ، تنتشر على طول الساق ، وتستمر أحياناً لعدة ساعات مع اضطراب التبول وفقدان الاتزان الحركى ، وتغير طريقة المشى ، وتآكل القدم من فقدان الإحساس بالألم ، وتختفى المنعكسات العميقة مع وجود حدقة العين المميزة (ارجيل روبرتسون) وتتميز بعدم تساوى الحدقتين، وضيقهما الشديد ، وعدم انتظام شكلهما ، ولاينقبضان عند تعرضهما للضوء مثل الحدقة السليمة .

وقد أكد كريبلين وجود هلاوس بارانودية مع الهزال الظهرى (زهرى الجهاز العصبى) ، تتشابه مع إدمان الكحول المزمن، ويصاحب ذلك بعض أعراض توهم العلل البدنية .

ويفيد فحص الدم والسائل الشوكى فى التشخيص ، أما العلاج فيتشابه مع العته الشللى العام .

ب- الحمى الشوكية (الالتهاب السحائى):

تتعدد أنواع الالتهاب السحائى وأكثرها شيوعاً ذلك المسمى بالالتهاب السحائى الصديدى ، ولكن هناك أنواعاً أخرى ، مثل : الدرنى ، والفيروسى. ومعظم الأعراض والعلامات واحدة فى جميع الأنواع ، وتنتج عن التهاب الأغشية السحائية ، التى تسبب زيادة الضغط داخل المخ .

وأهم هذه العلامات المشتركة هى :

(١) يبدأ المرض بشكل حاد فى معظم الحالات ، فيما عدا الالتهاب السحائى الدرنى ، وترتفع درجة الحرارة ويقل النبض نسبيا ، وليس كما نتوقع من ارتفاع درجة الحرارة.

(٢) الصداع الشديد المصحوب بالقئ .

(٣) النعاس وسرعة التهيج وأحيانا التهور والإثارة الشديدة .

(٤) يستلقى المريض فى وضع متكور على نفسه ، مبتعدا عن الضوء ، ويقاوم أى ملامسة أو تدخل فى شئونه ، وإذا كان طفلاً فقد يصرخ بصوت حاد بين آن وآخر .

(٥) النوبات الصرعية خاصة فى الأطفال .

(٦) تصلب الرقبة الشديد مع مقاومة أية محاولة لثنيها .

وإن لم يعالج المريض، يصل إلى حالة الغيبوبة وأحيانا الوفاة ، ولكن العلاج بالمضادات الحيوية قد غير الصورة تماما ، حسب نوع الالتهاب السحائى فالسلفا أو البنسلين فى الصديدى ، والستريتوميسين ومركب الايزونيازيد فى الدرنى ... وهكذا ولتأكيد التشخيص والتفرقة الحاسمة بين الأنواع المختلفة ، يجب أن تجرى عملية بذل للسائل الشوكى وفحصه تحت المجهر لمعرفة الميكروب المتسبب فيه .

جـ- الحمى المخية (التهاب الدماغ) :

تحدد أنواع الحمى حسب نوع الميكروب المسبب لها ، وقد كان أكثرها شيوعاً النوع المسمى بالحمى المخية السباتية الوبائية . ويسببها أحد الفيروسات العصبية، ولكن أحيانا تتبع هذه الحمى بعض الحميات الأخرى ، مثل : الحصبة والجدرى ، وحمى الغدة النكفية ... إلخ .

وأهم الأعراض الإكلينيكية هى كالآتى :

(١) المرحلة الحادة :

وقد كانت هذه المرحلة فى الأوبئة السابقة تنتهى بالوفاة ، وتتميز بالصداع والدوار، والهذيان وآلام شديدة فى الجسم .

أما الأعراض الثلاثة الدائمة .. فهى :

١- الصداع ويكون مصحوباً بالقئ وآلام الجسم .

٢- اضطراب النوم ، والسبات أثناء النهار ، والأرق والإثارة أثناء الليل .

٣- اضطرابات البصر ، وعدم تساوى وانتظام الحدقة مع شلل فى عضلات العين الخارجية .

وللأعراض العقلية أهمية خاصة، حيث تأخذ عدة صور أهمها الهذيان ، الذى يتذبذب فى الشدة ، ويزيد مساءاً، وأحياناً ما يصاب المريض بأعراض كتاتونية مع السلبية المطلقة ، وتارة يكون المريض فى حالة من الهياج والإثارة الحركية ، وغالباً ما يضطرب الوجدان ويتبلد الانفعال .

(٢) المرحلة المزمنة :

تشفى تماما ربع حالات الحمى المخية ، أما بقية المرضى ، فيعانون من عدة أعراض وعلامات متبقية ، أهمها :

(أ) اضطراب الوعى :

يتراوح ذلك مابين الغيبوبة والنعاس وأحياناً انقلاب دورات النوم ، وظهور صرع النوم .

(ب) اضطراب البصر :

مثل الحول ، والرأرأة (تذبذب المقلة السريع) والرؤية المزدوجة ونوبات تصلب العين لأعلى وشلل عضلات العين الخارجية والداخلية .

(جـ) أعراض المسارات الهرمية الخارجية :

وأهمها مرض باركنسون، ويبدو المريض فى هيئة تجمد انفعالى ، ولايعبر وجهه عن أى إحساس ، مع هبوط حركى ، وسقوط اللعاب من زاوية الفم وتصلب وجمود فى كل عضلات الجسم ثم الارتجاف المميز فى الأطراف ، مع ظهور لوازم لاإرادية أخرى ، والفواق (الزغطة) وتشنجات عضلية .. إلخ .

(د) اضطراب الهيبوثلاموس:

السمنة المصحوبة بضمور الأعضاء التناسلية من أهم مضاعفات الحمى المخية، مع زيادة كمية البول .

(هـ) اضطراب التنفس :

ويكون فى هيئة قلة أو سرعة التنفس والتثاؤب والاستنشاق والنخر (كصوت الخنازير) .

(و) أعراض عقلية:

تظهر أعراض عقلية شديدة فى حوالى ٣٠٪ من الحالات . ولو أضفنا إلى ذلك الأعراض البسيطة والقصور العقلى ، لإزدادت النسبة بشكل واضح .

وفى الحالات الخفيفة يعانى المريض من العصبية الزائدة وسرعة التهيج وصعوبة التركيز والقلق والاكتئاب ، وفى الأطفال كثيراً ما يشذ السلوك ، ويتراوح من السرقة للقسوة والعنف والشذوذ الجنسى ، وتظهر أعراض قهرية فى هيئة أفكار أو اندفاعات أو اجترار لآراء خاصة ، وأحيانا تتأثر الشخصية ، ويصيبها نوع من التدهور وتصبح حياة المريض سلسلة من الأنانية والتوهم المرضى وبالوتيرة نفسها.

وتنتشر الأعراض الاكتئابية ، بل وتدفع بعض المرضى للانتحار فعلاً، وأحياناً

ما تغلب على المريض الأعراض الفصامية ، ولايوجد علاج متخصص للمرحلة الحادة ، أما فى المرحلة المزمنة فيستفيد المريض من عقاقير ، مثل : ارتين ، كوجنتين ، تريماريل ، سينمت ، ودوبا وكذلك الأدوية المضادة للاكتئاب والإثارة .. إلخ ، ونادراً ما نلجأ إلى الجلسات الكهربائية والعمليات الجراحية إلا فى الحالات الشديدة منها .

د- الشلل الاهتزازى (مرض باركنسون) Parkinsonism

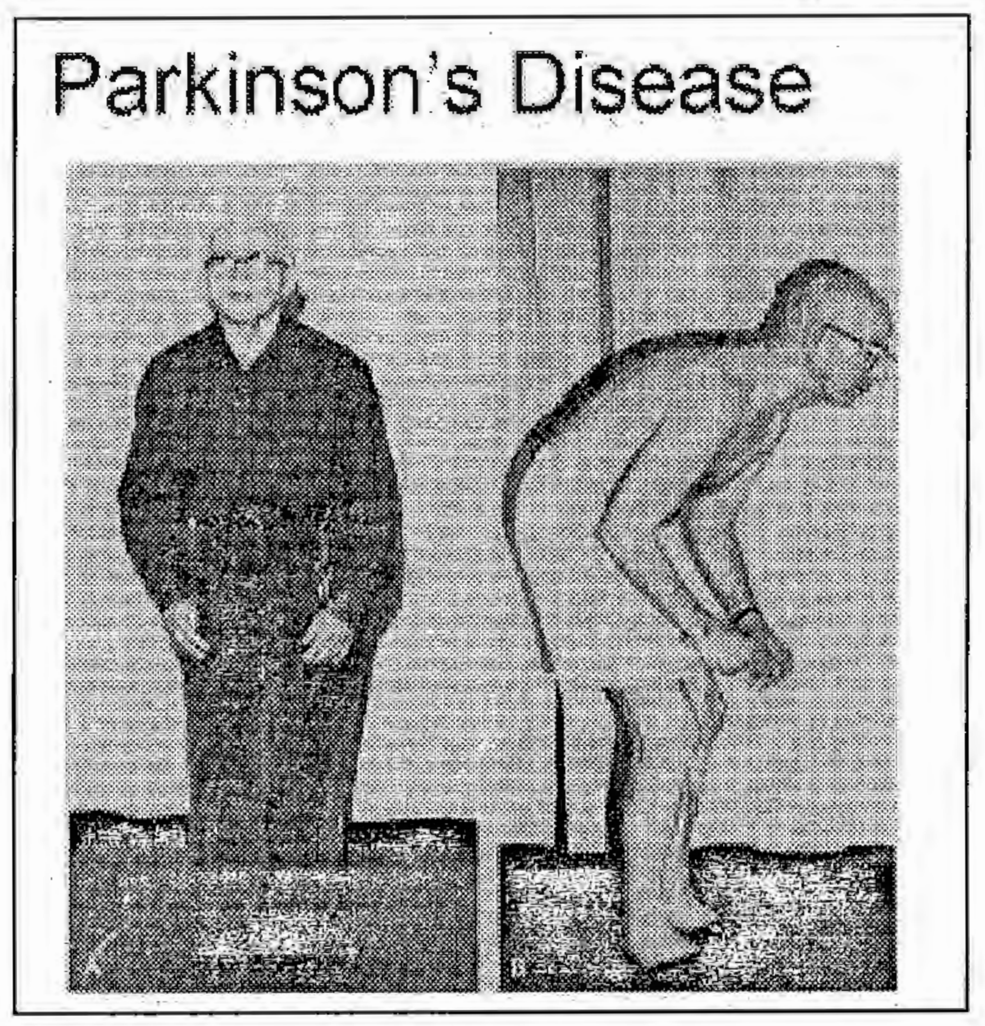
سبب هذا المرض غير معروف، وينتج عن تآكل بعض خلايا المخ ، ونقص فى كمية الدوبامين خاصة فى العقد القاعدية فى الأعمار المتقدمة ، ويكثر بين الرجال عنه بين النساء ، ولكنه أحياناً ما يتبع الحمى المخية، وبعض العقاقير المستعملة فى الفصام أو تصلب شرايين المخ . وأهم أعراض المخ التصلب المميز فى جميع انحاء الجسم حيث ينثنى الظهر ،وتبقى الذراعان مثنيتين عند الكوع ، وتختفى تعبيرات الوجه وتتجمد الانفعالات ، وتأخذ الرعشة فى اليدين صورة من يعد الورق ، وأحيانا تمتد للساقين والفك والرأس والجفون ، مع بطء الحركة الشديد .

أما الأعراض النفسية والعقلية ، فتتميز بالآتى :

(١) تغير ملموس فى الشخصية، حيث يصبح المريض أنانياً ، فريسة للتوهم المرضى، دائم المطالبة بحقوقه ، محباً للسيطرة والسيادة ، كثير الطلبات . وعادة ما يتعرض هؤلاءالمرضى لاضطرابات وجدانية ، خاصة الاكتئاب، والذى يكون خليطاً من تفاعل المريض مع مرضه، مع بعض الأعراض الذهانية، ويظهر فى حوالى من ٦٠ – ٧٠٪ من الحالات .

(٢) يبدو فى كثير من المرضى التغيرات العضوية العقلية ، فى هيئة اضطراب فى الذاكرة ، وسرعة الإرهاق ، وصعوبة التركيز مع بدء التفكير والكلام.

(٣) يتحول بعض مرضى الشلل الاهتزازى إلى خرف الشيخوخة ، بل ويعتقد البعض أن الخرف هو أحد مضاعفات مرض باركنسون ، ولكن الأغلبية من المرضى لاتصل حالتهم إلى درجة الخرف ، ويتوقف اضطراب الذاكرة عند مستوى نسيان الحوادث القريبة .



الشلل الاهتزازى

هـ- التصلب المتناثر Dessiminated Sclerosis :

يتميز هذا المرض بتصلب في مسارات الجهاز العصبى ، فى عدة أماكن متباينة؛ حيث يصيب هذه الأماكن تآكل فى الميلين ، وسببه غير معروف . وتتعدد النظريات التى تفسره من التهاب فيروسى، إلى حساسية أو إلى مناعة مضادة ذاتية .. إلخ.

وأهم الأعراض والعلامات العصبية هى اضطراب القدرة الحركية من شلل أو ضعف بالساقين أو إحدى الساقين أو في نصف الجسم ، ثم عدم التوازن وصعوبة الكلام ، وإحساسات غريبة بالجسم ، مع أعراض بصرية من رأرأة فى مقلة العين إلى الرؤية المزدوجة وشلل عضلات العين .

وقد اختلف الباحثون فى الأعراض العقلية والنفسية المصاحبة للتصلب المتناثر،

ويبدأ المرض بتغير فى السلوك حيث يصبح المريض متقلب المزاج ، يميل للتظاهر مع عدم تناسب الانفعال ؛ مما يجعل الطبيب يميل لتشخيص الهستيريا .

وفى أحد الأبحاث (ساردج١٩٨٩) ، وجد أن ثلثى المرضى يعانون من بعض التدهور العقلى ، والذى يختلف فى مداه من اضطراب ذاكرة بسيط إلى اضمحلال عقلى .

وقد اكتشف ساردج أن ربع المرضى يصابون باكتئاب نفسى كتفاعل للأعراض العصبية الشديدة ، والنسبة نفسها تعانى من الشعور بحسن الحال والنشوة ، ويرتبط الشعور بحسن الحال ارتباطا قويا بدرجة التدهور العقلى .

وقد لاحظ الباحث اضطراباً واضحاً فى الشخصية فى ثلثى المرضى ، مع مبالغة فى التعبير الانفعالى فى ١٠ ٪ من الحالات . ولقد كان الاعتقاد السائد من قبل أن الشعور بتحسن الحال هو الانفعال الغالب فى التصلب المتناثر .

ولكن البحث الأخير أثبت أن الاكتئاب ينتشر تقريباً بالنسبة نفسها، ونستطيع اعتبار التدهور العقلى ، وتغير الشخصية ومبالغة الانفعال ، والشعور بحسن الحال مشابها للعلامات الجسمية، وأنها أحد أعراض المرض المهمة ، والتى سببها تلف وعطب الجهاز العصبى .

و- ارتجاج وتهتك المخ :

كثيرا ما تقع إصابات المخ نتيجة الحوادث ، وتتفاوت من الارتجاج إلى كسور الجمجمة مع تهتك أنسجة المخ.

ويمكن تقسيم أثر إصابات المخ إلى أعراض مباشرة أو أعراض متأخرة .

(١) الأعراض المباشرة :

تتوقف على شدة الإصابة :

(أ) فى حالة ارتجاج المخ ، يفقد المريض وعيه لمدة ثوان أو دقائق يعود بعدها إلى وعيه الطبيعى ، أو يمر بفترة من الاختلاط العقلى يقوم بعدها ببعض التصرفات التلقائية .

ويفقد المريض الذاكرة فيما يختص بالحادثة نفسها ولفترة قصيرة سابقة لها، وكذلك ينسى التصرفات اللاحقة للحادث ، مثل : سقوط الملاكم فى الحلبة أثر ارتجاج المخ ونسيانه كل ما حدث قبل السقوط

وبعده، وكذلك ينسى المريض زيارة أقربائه له بالمستشفى بل وتفاصيل الحادث ؛ نظرا لفقدان الذاكرة للحادث والفترة التى تسبقها وتليها .

(ب) فى حالة الإصابة العضوية للمخ ، سواء كانت مصحوبة أو غير مصحوبة بكسور الجمجمة .

ويمر المريض بالمراحل الآتية :

١) فترة طويلة من الغيبوبة :

قد تكون قاتلة ، ولكن إذا مضى على المريض أكثر من ٤٨ ساعة ؛ فالمنتظر أن تتحسن حالته بالتدريج فتنتقل إلى المرحلة التالية .

٢) فى حالة الإصابة العضوية للمخ :

سواء كانت مصحوبة أو غير مصحوبة بكسور فى الجمجمة ، يكون المريض سريع التأثر ، ولايقبل أى تدخل خارجى وقد يصبح متهيجاً بشكل خطر على من حوله ، ويفقد التحكم فى التبول والتبرز ، ويمر بفترة اختلاط عقلى واضطراب فى التفكير ، وبعد مدة ينتقل إلى المرحلة التالية .

٣) فترة اختلاط عقلى :

يفقد فيها المريض تمييزه للزمان والمكان ، ويختل منطقه ويفقد بصيرته بحالته وذاكرته ، ويحاول تغطية ضعف الذاكرة باختلاق الأحداث ، وقد تظهر بعض المعتقدات الوهمية مثل الاضطهادات .

العلاج :

يبقى المريض فى الفراش ، وتقلل من إعطائه السوائل ، ويبذل السائل النخاعى، ويعطى للمريض محلول سلفات الماغنسيوم فى الشرج ، وذلك بواسطة التنقيط البطىء لتقليل السوائل الموجودة بجسمه ، ولا يعطى المريض المورفين .

وعند استرجاع المريض كامل وعيه نعيده تدريجيا إلى نشاطه العادى ، ويلاحظ أن المريض يكون سريع الإيحاء عند أول استرجاعه لوعيه ولذلك يجب أن يظهر المحيطون به من أطباء وهيئة تمريض بشاشة وتفاؤلا بنتيجة العلاج ، مع طمأنة المريض وإلا سببوا له حالة قلق تصبح مزمنة .

(٢) الأعراض المتأخرة :

هى أعراض تبقى لمدة ٦ شهور أو أكثر ، بعد الإصابة ، وتنقسم إلى :

(أ) أعراض جسمية :

الصداع- الدوخة- عدم القدرة على التركيز الذهنى عند القراءة أو التفكير- ضعف الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة .

(ب) أعراض نفسية :

وتكون أكثر وضوحاً فى الإصابات البسيطة عنها فى الإصابات الشديدة ؛ خاصة فى المرضى ، الذين كانوا يعانون قبل الحادث من عدم الاتزان النفسى. وتشمل هذه الأعراض القلق النفسى والاكتئاب والهستيريا وسرعة التأثر وضعف العزيمة وعدم القدرة على البت فى الأمور .

(جـ) أعراض عقلية :

كأعراض اضطراب الاكتئاب أو الابتهاج أو الفصام ، ولكنها نادرة ، ولا تحدث إلا فى الأشخاص المهيئين بطبيعتهم لهذه الأمراض .

(٣) الآثار الدائمة لإصابات المخ :

قد تظهر نوبات صرعية أو تغير دائم فى الشخصية بعد إصابة المخ ، كما يحدث نادراً بعض التدهور العقلى إذا حدثت الإصابة قبل استكمال النمو العقلى، أو ظهور اضمحلال عقلى (خرف) إذا كانت الإصابة شديدة ، وأثرت على المراكز الرئيسية فى المخ .

٧- التجمع الدموى تحت الام الجافية Subdural Haematoma :

وينتج هذا التجمع عن إصابة فى الجمجمة أو عن بعض أمراض الدم ، أو انفجار تجمع دموى فى المخ ، وتظهر الأعراض أحياناً بعد أسابيع أو شهور من الإصابة وهى أكثر شيوعاً بين الأطفال والمسنين ، ويعانى المريض من الصداع والدوخة .

وأهم ما يميز هذا المرض :

(أ) الهبوط الحركى .

(ب) النوم الكثير .

(جـ) اضطراب الذاكرة .

(د) تشوش الوعى .

وأهم مظاهر هذه الأعراض هى درجة التراوح فى الشدة ، فتزيد أحياناً ثم تختفى لمدة أيام أو ساعات ، وإذا أهمل المريض لمدة طويلة فإنه أحيانا ما يصاب باضمحلال كامل فى قواه العقلية ، وكثيرا ما تشخص هذه الحالات بالهستيريا خاصة قبل ظهور العلامات العضوية العصبية من شلل نصفى إلى صعوبة الكلام واضطراب البصر ، والنوبات الصرعية خاصة فى الأطفال .

ويجب الاستعانة برسام المخ، والأشعات الخاصة بتصوير المخ لتشخيص مثل هذه الحالات .

٨- أورام المخ :

أنواعها :

(أ) أورام أولية :

أى تنشأ من أنسجة المخ نفسها ، وغالباً ما تحدث هذه الأورام فى سن أصغر من السن التى تحدث فيه الأورام فى أجزاء الجسم الأخرى ، وهناك عدة أنواع من الأورام الأولية ، من بينها :

١) أورام الأنسجة الضامة للمخ :

وغالباً ما تؤدى إلى الوفاة السريعة .

٢) أورام الأنسجة السحائية :

وهى تنمو على سطح المخ ، كما أنها ليست خبيثة .

٣) أورام الغدة النخامية :

وهى تسبب اضطرابات غدية مع بقية علامات أورام المخ .

٤) أورام العصب السمعى :

وتظهر فى سن متقدمة نوعاً ما ، وهى بطيئة النمو .

(ب) أورام ثانوية :

وتنشأ عن تطاير أجزاء من الأورام ، وتظهر أساساً فى أعضاء الجسم الأخرى،

وغالبا ما يكون الورم الأولى خبيثاً ، خاصة فى الشعب الهوائية والرئة ، وهى أقل حدوثاً من الأورام الأولية .

الأعراض والعلامات :

تسبب أورام المخ أعراضاً وعلامات بطريقتين :

١) أعراض وعلامات ازدياد الضغط داخل الجمجمة .

٢) أعراض وعلامات تنتج عن تلف محلى بالمخ ؛ أى علامات تتواكب مع مكان الورم بالمخ .

أعراض وعلامات وازدياد الضغط الداخل الجمجمة :

هذه الأعراض تحدث مع كل مسببات ازدياد الضغط داخل الجمجمة ، سواء كان السبب ورما أم خراجا أم التهاباً سحائيا ... وهى :

١) الصداع :

ويكون غالباً شديداً ومستمراً ومصحوباً بالعلامات الأخرى الآتى ذكرها :

٢) القئ :

يدعو تلازم القئ مع الصداع دائماً للشك فى وجود ورم بالمخ .

٣) أوذيما القرص البصرى :

يمكن الكشف على نهاية العصب البصرى فى قاع العين بواسطة منظار خاص، ويكون فى الحالة العادية محددا ولونه شاحباً عن بقية أجزاء قاع العين . أما فى حالة ازدياد الضغط داخل الجمجمة ، فيصبح غير واضح الحدود ، ويميل لونه إلى الاحمرار ؛ بحيث يتميز عن بقية أجزاء العين .

٤) النعاس :

ويتحول تدريجيا إلى غيبوبة ، ويدل على سوء المآل .

٥) التشنجات أو النوبات الصرعية :

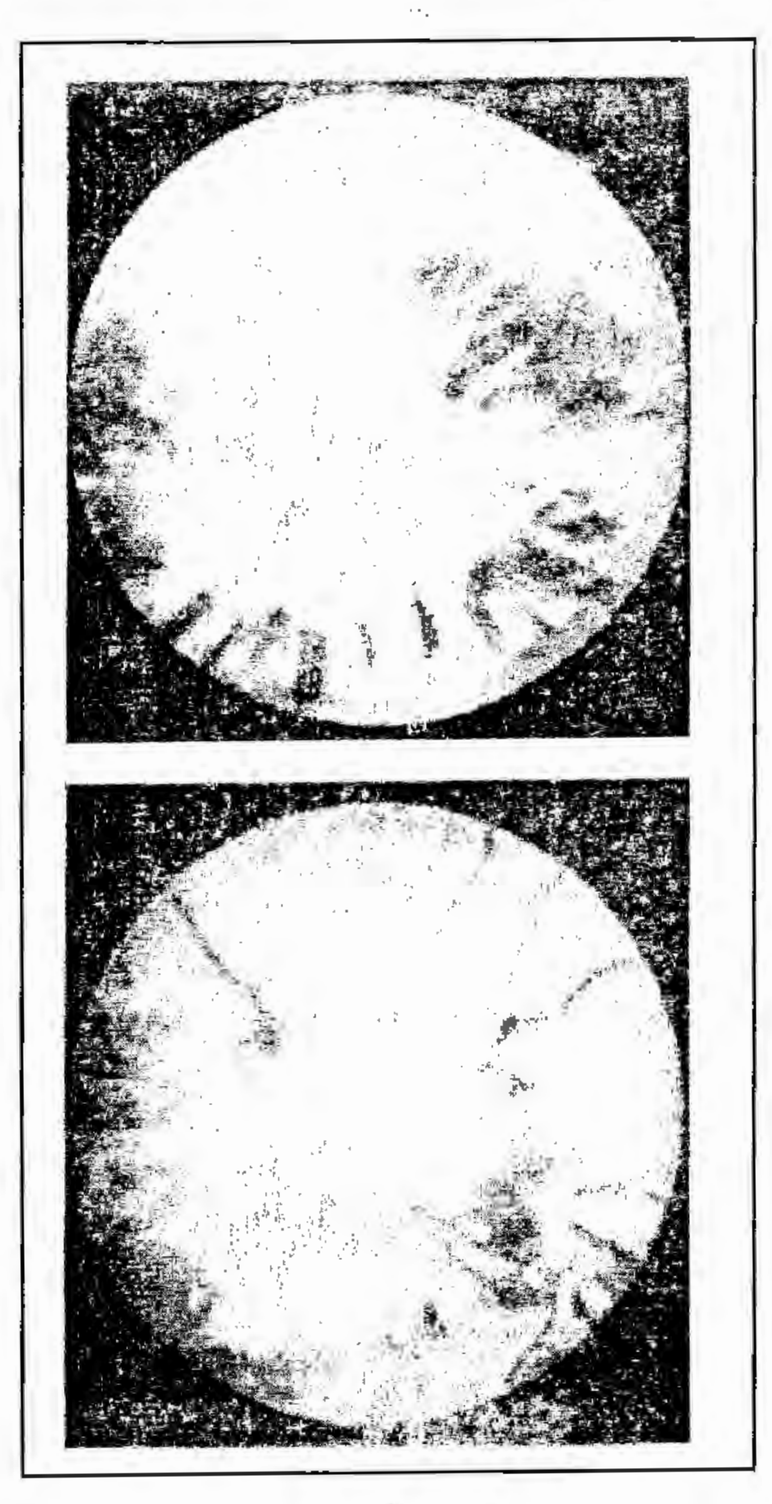
وهى كثيرة الحدوث خاصة إذا كان الورم ناشئاً عن اللحاء الحركى .

٦) بطئ النبض :

يبطئ النبض فى معظم الحالات ، ويكون ذلك من المؤشرات فى التشخيص .

٧) تغيرات عقلية :

مثل بطء الحركة واضطراب الذاكرة ، وغرابة بعض التصرفات وعدم القدرة على التركيز واختلال المنطق .



فحص قاع العين
أوذيما بصرية من ارتفاع ضغط المخ

العلامات المعنية بالمكان :

وهذه تعتمد على منطقة المخ التى تأثرت بالورم ، ولما كانت هناك مناطق فى المخ تتميز بأداء وظائف مختلفة.. فإن فقدان هذه الوظائف يدل على تأثر الأجزاء المختصة بها .

ومن أمثلة هذه العلامات المعنية بالمكان ما يأتى :

١) أورام اللحاء الحركى :

تحدث نوبات تشنجية فى زاوية الفم أو الذراع أو الساق ، تبدأ فى مكان معين وتنتشر فى الجسم بنظام معين ، يتبع طريقة تمثيل الجسم فى أجزاء اللحاء الحركى ، وتسمى هذه بالنوبات الجاكسونية ، وكذلك يحدث ضعف أو شلل فى الأجزاء المصابة، ويكون غالباً فى شكل شلل طرفى .

٢) أورام الفص المؤخرى :

يحدث فقدان للبصر لوجود مركز الإبصار فى هذه المنطقة.

٣) أورام العصب السمعى :

يحدث الصمم والدوار والدوخة ، وقد يسبق ذلك طنيناً بالأذن .

٤) أورام الغدة النخامية :

تحدث اضطرابات مثل مرض سيموندس حيث يسقط الشعر وينقطع الحيض وتصاب المريضة بهزال شديد ، أو قد يحدث مرض تضخم عظم الأطراف؛ حيث تتضخم اليدان والقدمان والرأس والأنف على وجه الخصوص وأعلى الحاجبين والفك الأسفل واللسان .

٥) أورام الفص الجبهى :

وتتغير هنا شخصية المريض ، يفقد التقاليد الاجتماعية ولايعبأ بالمثل والعادات ، ويصبح فى حالة من النشوة غير العادية مع أعراض هذاءات العظمة والغرور ، مع اضطراب فى التفكير والوجدان، وهبوط حركى ، وبطء فى كل الأعمال.

ويصاحب هذه الأعراض العقلية بعض اضطرابات فى الكلام ، ونوبات صرعية فى نصف الحالات مع عطب فى المسارات الهرمية .

٦) أورام الفص الصدغي :

تظهر هنا بعض الهلاوس السمعية والتذوقية والشمية وشعور بالألفة مع إحساس المريض ، كأنه فى حلم مستمر مع زيادة أو نقص فى حجم الرؤية كأن يرى الأجسام التى أمامه متضخمة أو مصغرة . وقد يقوم المريض بحركات تلقائية وتصرفات غريبة أو سلوك شاذ مع تشوش الوعى ويفقد الذاكرة لكل ما حدث .

وتسمى هذه النوبات بالصرع النفسى الحركى وسنشرحه فيما بعد ، وأحيانا يصبح عدوانياً متهيجاً يثور لأتفه الأسباب ، يزيد على ذلك العلامات العصبية فى الإبصار والحركة والتشنجات .

٧) أورام الفص الجدارى :

زيادة عن العلامات العضوية المميزة من شلل نصفى واضطراب فى الإحساس، يفقد المريض القدرة على الإدراك ، بل وأحياناً يفقد الإحساس الذاتى بنصف جسمه ، فلايشعر بالناحية اليسرى مثلا فيسير دائما نحو اليمين ، ويلبس الجاكتة أو البنطلون فى الناحية اليمنى فقط ، وكأن جسمه مكون من النصف الأيمن فقط .

تشخيص أورام المخ :

نصل إلى التشخيص بمساعدة علامات وأعراض ازدياد الضغط داخل المخ مع مساعدة أية علامة معينة ، تشير لمكان الورم ، وكذلك حدوث نوبات صرعية لأول مرة فى شخص بالغ ؛ خاصة إذا كانت فى جانب واحد من الجسم (جاكسونى)، ولكن فى أغلب الأحيان نلجأ إلى وسائل الفحوص الطبية المساعدة ، مثل :

(أ) صورة الأشعة للجمجمة :

وهى إما صور عادية أو بعد حقن الهواء فى تجاويف المخ ، والتى لاتستعمل الآن بعد اكتشاف الطرق الحديثة فى تصوير المخ .

وبهذا .. يمكننا تحديد شكل وحجم هذه التجاويف ، ويدلنا أى شذوذ فى شكلها أو حجمها على وجود الورم فى مكان معين .

ويمكن عمل أشعة للدماغ بعد حقن مواد مشعة فى الأوعية الدموية بالرقبة ، وبذلك يمكن رؤية هذه الأوعية ، ويمكن الاستدلال على مكان ونوع الورم بالتغيرات التى تلاحظ على الأوعية ، وكذلك توجد أنواع جديدة من الأبحاث ، تعتمد على الحاسب الإلكترونى لتحديد مكان ونوع الورم ، مثل :

(ب) الأشعة المقطعية للمخ بالكمبيوتر (CAT) :

وتعطى صورة واضحة للمخ والبطينات الداخلية له عن وجود أى عطب مثل الضمور والاحتشاءات ... إلخ .

(جـ) الأشعة المقطعية لبث البوزيترون (PET) :

وتفيد فى معرفة الدورة الدموية فى المخ ، وكذلك امتصاص الجلوكوز والأكسجين .

(د) التصوير النووى المغناطيسى الرنان (NMI) :

وتظهر كل أنسجة المخ سواء المادة الرمادية أو البيضاء وأى ورم أو عطب بطريقة واضحة ، وكأنك ترى المخ تحت المجهر .

(هـ) رسم المخ – المسح التوبوجرافى للمخ بالكمبيوتر :

وهنا تظهر موجات غيرعادية فوق موضع الورم أو خرائط ملونة بمكان العطب.

العلاج :

يتوقف العلاج على نوع الورم الموجود ، فالأورام الثانوية لايمكن علاجها بالوسائل المعروفة إلى الآن ، وكذلك الأورام الأولية الخبيثة ، ولو أننا يمكن أن نقوم بعملية جراحية لتخفيف الضغط ، ولأخذ عينة للتأكد من نوع الورم . أما الأورام الأقل خبثا فيمكن إزالتها بنجاح بالعمليات الجراحية مثل أورام السحايا وأورام العصب السمعى والغدة النخامية .

وفى كل الحالات .. يمكن تخفيف أعراض الضغط الزائد داخل الجمجمة بواسطة محلول الجلوكوز المركز بالوريد ، أو الحقن الشرجى باستعمال محلول مركز سلفات الماغنسيوم أو الجلسرين ، وهذه الوسائل تقلل من حجم الضغط داخل المخ .

٩– الصرع :

الصرع هو اضطراب دورى فى الإيقاع الأساسى للمخ ، ونسبة انتشاره تتراوح مابين ٠٥,٠ – ١٪ من التعداد السكانى ، وتحدث النوبات الصرعية بكثرة فى مجموعة من الأمراض ؛ خاصة فى الأطفال والرضع .

ويمكن تقسيم النوبات الصرعية إلى النوعين الآتيين من حيث أسبابها :

١) الصرع العرضى :

أى الذى يحدث كأحد أعراض مرض ما يمكن معرفته .

٢) الصرع الأولى أو الذاتى :

وهو الذى يحدث وحده دون أى علامات لأى مرض آخر قد يسببه .

ويمكن تقسيم أسباب الصرع العرضى إلى مايأتى :

(١) فى الأطفال ، يمكن حدوث تشنجات مع أى مرض عام شديد أو مع أى ارتفاع فى درجة الحرارة ؛ ولذا قد نشاهدها مع السعال الديكى أو الحصبة أو الالتهابات الرئوية أو التهاب الأذن الوسطى ، وكلها أمراض تنتشر بين الأطفال ، وكذلك نراها مع النزلات المعوية أو الديدان المعوية واضطرابات الهضم البسيطة أثناء فترة التسنين .

(٢) أمراض الجهاز العصبى المركزى ، مثل : التهاب السحايا وأورام المخ واستسقاء الدماغ ، وأنواع الشلل المختلفة المتسببة عن التشوهات الخلقية أو الإصابات التى يكثر حدوثها فى الرضع .

(٣) إصابات الرأس الشديدة .

(٤) التسمم بالبوليا .

(٥) ارتفاع ضغط الدم الشديد .

(٦) تسمم الحوامل (الاكلامبسيا) .

(٧) زهرى الجهاز العصبى وخاصة مرض الخرف الشللى .

٣) الصرع الذاتى :

تبدأ هذه النوبات فى الظهور عادة أثناء الطفولة ، أو فى سن مبكرة ، ويندر أن يبدأ ظهورها فى الكبار .

ويمكن تقسيمها حسب التغيرات التى تشاهد أثناء النوبة إلى الأقسام الآتية:

(أ) **النوبات الصرعية الكبيرة** Grand Mal Fits :

وتتميز بحدوث صرخة من المريض ، ثم يقع فى حالة تشنج وانقباض عضلى وفقدان للوعى ، ويحتمل أثناء وقوعه أن يصاب بإصابة بالغة خاصة إذا وقع على آلة

حادة أو أرضية صلبة ، ثم يلى هذا التشنج العضلى والتصلب الكامل تشنجات واختلاجات عضلية ، يهتز أثناءها كل جسمه .

ويحتمل هنا أن يعض لسانه أو يصاب بكسر فى العظام أو يتبول على نفسه، ثم يصاب بزرقة شديدة ، ويتوقف التنفس ، ثم يبدأ بعد ذلك فى التنفس العميق مع خروج رغاوى من الفم ، ويستمر فى الغيبوبة لفترة يفيق بعدها فى حالة من الإنهاك الشديد والصداع وفقدان الذاكرة تماما لما حدث .

ويختلف تردد هذه النوبات حسب الفرد ، فأحياناً تتكرر عدة مرات أثناء اليوم الواحد ، وأحياناً لايعانى منهاإلا كل عدة شهور . وبالطبع ينصح المريض فى هذه الحالات بعدم قيادة السيارات وعدم السباحة بمفرده ، وألا يتسلق المرتفعات ، وألا يعمل على آلات حادة .. إلخ ؛ حتى لايكون معرضاً لأى أخطار عند حدوث النوبة .

ويشير رسام المخ الكهربائى فى هذه الحالة لوجود اضطرابات منتشرة فى حوالى ٩٠٪ من الحالات ، وتقل ذبذبة الموجة ألفا وتظهر الموجات ثيتا ودلتا خاصة فى الأقطاب الأمامية . ومع هذا الإيقاع الأساسى المرضى ، تظهر الموجات المميزة دون إثارة فى حوالى ٥٠٪ من الحالات .

وعادة ما تكون متناسقة من الناحيتين اليسرى واليمنى ، مع ظهورها خاصة فى الأقطاب الجبهية والصدغية ، وهذه الموجات المميزة هى موجات شوكية Spikes أو ماجات كالإبرة سريعة وعالية (حوالى ١٦ دورة فى الثانية) ، وتظهر أيضاً هذه الموجات أثناء النوبة . وبعد انتهاء النوبة الصرعية يكون الرسم مميزاً بظهور موجات دلتا بطيئة جدا ذات سعة كبيرة .

(ب) النوبات الصرعية الخفيفة : Petit Mal Fits

وتتميز هذه النوبات بفقدان الوعى لمدة ثوان بسيطة ، وكل ما نلاحظه على المريض هو بعض الشحوب فى اللون ، مع بعض الحركات فى رموشه ، يعود بعدها لوعيه ثانياً ولنشاطه السابق ؛ أى إنه يتوقف عن الكلام لبرهة ثم يعاوده ثانياً ، أو أن يسقط منه القلم أثناء الكتابة ثم يلتقطه ، وهنا لايقع المريض على الأرض ولايصاب بأية انقباضات أو اختلاجات عقلية .

ويتميز رسم الدماغ الكهربائي في هذه الحالات بظهور ذبذبات في هيئة شوكة وموجة عالية الفولت بتردد ٣ دورات في الثانية ، تظهر ثم تختفي فجأة أثناء الرسم ، وتكون متناسقة في الناحيتين اليسرى واليمنى ، مع ظهورها خاصة في الأقطاب الجبهية والجدارية .

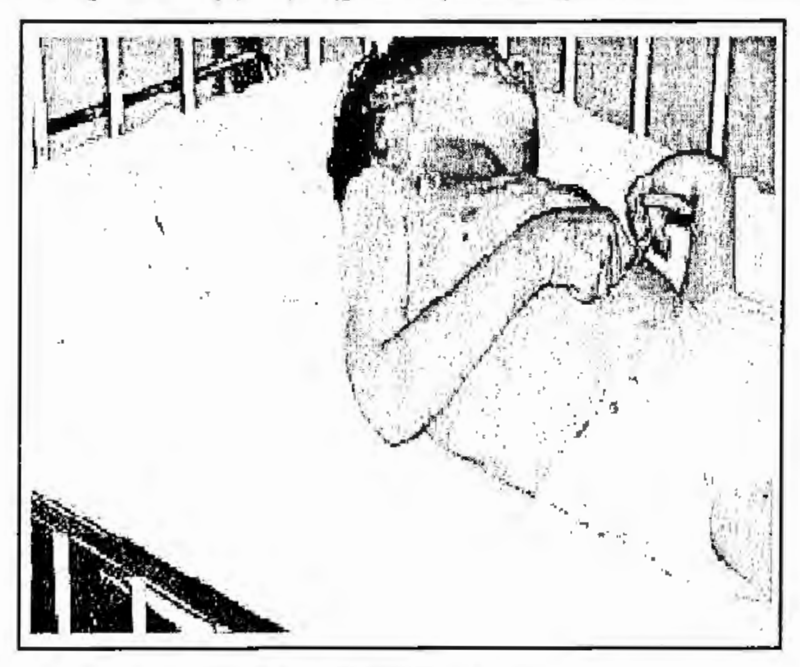
(جـ) **النوبات الصرعية النفسية الحركية : Psychomotor**

وتتميز بأن يبدو المريض وكأنه في حلم مستمر ، مع عدم قدرته على تحديد المكان وفقدان للذاكرة ، مع هلاوس سمعية أو بصرية ، وأحيانا يصاب بحالة من الشرود ، يجول أثناءها في الشوارع ، ويقوم بعدة أنواع من النشاط والحركة والكلام، ويفقد بعدها الذاكرة تماماً لما حدث ، وأحيانا تنتاب المريض بالصرع النفسي الحركي نوبات الصراخ أو الهياج أو البكاء أو الاكتئاب ، دون أي سبب مثير لذلك.

ويجب تفرقة وتمييز هذه الحالات عن الأمراض النفسية والعقلية ؛ نظراً لتشابههما مع اختلافهما في طريقة العلاج ، وأحياناً لايستجيب المريض للعلاج بالعقاقير ، ويحتاج لعملية جراحية بالمخ لإزالة البؤرة المرضية المسببة لهذا الاضطراب .

ويتميز رسم الدماغ الكهربائي – في هذه الحالات – بوجود موجات بطيئة من النوع دلتا ذات حافة مسننة أو منشارية في الأقطاب الصدغية ، وأحيانا يكون رسم الدماغ هو الطريقة الوحيدة لتشخيص مثل هذه الحالات وتمييزها عن الأمراض الهستيرية والعقلية .

وأحياناً ما ينتاب مريض الصرع خاصة النفسي الحركي ذهان صرعي ، يتشابه تماماً مع الفصام ، كما سبق الكلام عنه مع التشخيص المفارق للفصام ، وتظهر هنا الهذاءات والهلاوس والأعراض الكتاتونية ، مع اضطراب التفكير والوجدان، ويبدأ هذا الذهان بعد عدة سنوات من الإصابة بالصرع ، بغض النظر عن العلاج .



Status Epilepticus

الحالة الصرعية

(د) **الحالة الصرعية** : Status Epilepticus

إذا تعاقبت نوبات الصرع ، دون أن يستعيد المريض وعيه بين كل نوبة، والتى تليها .. عرفت حالة المريض بالحالة الصرعية ، وقد تؤدى إلى الوفاة بسبب هبوط القلب المفاجئ ، كما أنها إذا استمرت لمدة طويلة قد تصيب المريض بنقص عقلى يستمر بعد انتهائها .

ويعطى المريض فى هذه الحالة فاليوم ١٠ مجم فى الوريد أو لومينال أو ايبانوتين فى العضل ؛ حتى يحضر الطبيب لمباشرة العلاج ، مع ملاحظة التنفس ومنعه من إيذاء نفسه أو الاختناق .

علاج الصرع :

يشمل تنظيم حياة المريض ومنعه من الأعمال ، التى يتعرض فيها للخطر كالسباحة أو قيادة السيارات ، أو العمل فى أماكن مرتفعة . وهناك عدة مركبات كاللومينال أو ايبانوتين وريفوتريل تفيد فى تقليل أو منع نوبات الصرع الكبيرة ، ويجب الاستمرار عليها لعدة سنوات ؛ حتى تهدأ التموجات الكهربائية المخية للمريض ، وكذلك أقراص ترايديون وزارنتين ، وسيلونتين والدياكين فى نوبات الصرع الخفيفة وأسبولت وميسولين وتجريتول والدياكين فى النوبات النفسية الحركية .

وقد ظهرت أخيراً عقاقير جديدة خاصة لحالات الصرع المستعصى ، مثل لامتروجين وجابانبتن ولكنها باهظة الثمن .

ويجب تذكر أنه عادة ما يصاحب الصرع عدة ظواهر عصابية ذهانية، أهمها:

(١) استجابات هستيرية انشقاقية وتحولية ؛ مما يؤدى إلى صعوبة فى تمييز النوبات الهستيرية عن الصرعية .

(٢) الذهان العضوى خاصة الذهان شبه الفصامى .

(٣) اضطرابات اكتئابية أو ابتهاجية .

(٤) الفصام الخيلائى بعد عدة سنوات من الصرع .

(٥) القصور العقلى فى نسبة كبيرة من الحالات .

(٦) الشخصية الصرعية وتتميز بالصلابة ، وكثرة الشكوى ، والأنانية ، والتدين .

(٧) الصداع النصفى مع الموجات الكهربائية المرضية فى رسم المخ .

١٠- ذهان السموم :

أول أكسيد الكربون :

زادت أخيراً نسبة التسمم بهذا الغاز إما صناعيا، أو أنتحاريا، أو أثناء حادث. ويتولد هذا الغاز من احتراق الكربون ، فنجده فى عادم السيارات ، وحرق الأخشاب ، ويتسرب من أنابيب البوتاجاز .. إلخ .

ويتحد هذا الغاز مع الأكسجين ، وعادة لاينتبه الناس لوجوده ؛ نظراً لانعدام رائحته أو مذاقه ، فيبدأ الفرد بالإحساس بالصداع والغثيان ، وتتشابه الأعراض هنا بما

سبق أن قيل فى نقص الأكسجين بالدم ، فتصعب الحركة ، ويفقد المريض قدرته الذهنية ويضطرب إدراكه .

ويواجه الطبيب النفسى التسمم بأول أكسيد الكربون فى حوادث الانتحار أو أثناء الصناعة ، وعادة ما يشفى نصف المرضى دون أى مضاعفات ، أما النصف الآخر فيتعرض لعدد من الأعراض ، تظهر إما مباشرة بعد الحادث أو بعد عدة أسابيع ، وهنا يعانى المريض من الصداع ، والدوار ، وآلام مبرحة فى الأطراف وأحيانا أعراض مرض الباركنسون (الشلل الاهتزازى) ، وكذلك تنتابه فترات تشوش الوعى ، وعدم التعرف واضطراب الذاكرة ، والاختلاط العقلى .

ونستطيع تقسيم الصور الإكلينيكية المختلفة لذهان أول أكسيد الكربون كالتالى:

(أ) هذيان تحت حاد ، وعادة مايتحسن هؤلاء المرضى ، حتى وإن استمر الاضطراب لعدة شهور .

(ب) تدهور واضمحلال عقلى سواء فى الذاكرة ، أو الإدراك أو التعرف وأحيانا ما يصل إلى درجة الخرف .

(جـ) فقدان القدرة على الإدراك ، وأحيانا الكلام والحركة .

ويعالج هؤلاء المرضى بإعطائهم أكسجين مع ثانى أكسيد الكربون بنسبة تتراوح مابين ٥– ١٠ ٪ مع التنفس الصناعى ، وأحيانا نقل الدم .

أما هؤلاء المعرضون بحكم عملهم للتعرض المستمر لغاز أول أكسيد الكربون، فيشكون من أعراض ذاتية ، مثل : الإرهاق والأرق ، وتغير المزاج ، والصداع ... إلخ.

سيانور البوتاسيوم :

يستعمل السيانور فى عدد من الصناعات ، مثل : التصوير الفوتوغرافى ، والأدوات الكهربائية ، ويلجأ إليه بعض المنتحرين نظراً لسرعته فى إنهاء حياة الإنسان ، حيث يفقد المنتحر وعيه فوراً فى خلال عشرة ثوان ، ويتوفى فى تشنجات خلال خمس دقائق ، ويكون سبب الوفاة شلل مراكز التنفس فى المخ .

ويتسبب السيانور إذا أخذ بكميات بسيطة فى الصداع ، والدوار ، وزيادة ضربات القلب والتشنجات ثم الغيبوبة .

الرصاص :

يتجمع الرصاص فى الجسم ببطء ، ويسبب أعراضه المميزة من الضعف العام والأنيميا وارتجاف مع تنميل وأعراض حسية فى الأطراف ، وشلل فى عضلات الرسغين .

أما الأعراض العقلية .. فتشمل الهذيان ، والتشنجات ، وتدهور القوى العقلية والملكات المعرفية خاصة فى الأطفال ، ويلاحظ ذلك فى الأماكن الصناعية .

وقد أثبتت الأبحاث وجود نسبة عالية من الرصاص فى هواء القاهرة ؛ مما يؤثر على الملكات المعرفية ، أما الأعراض الأخرى فتتجاوز تخصص هذا الكتاب.

الزئبق والمنجنيز والزرنيخ :

يتعرض عمال المصانع الذين يعملون فى صناعات ، تدخل فيها هذه المواد لعديد من الأعراض والعلامات الجسمية ، أما من الناحية النفسية فيعانى هؤلاء المرضى من تقلب المزاج ، والاندفاعات العدوانية ، مع عدم التحكم فى الضحك أو البكاء والإرهاق وكثرة النوم أو الأرق ، ونادراً ما يحدث الذهان العضوى ؛ خاصة الهذيان الحاد وتحت الحاد .



اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة لاستخدام: مواد نفسية الفاعلية (الإدمان)

MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS DUE TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE

يجب أن يستند تعريف المادة نفسية الفاعلية إلي أكبر عدد ممكن من مصادر المعلومات ، ويمكن ذلك إما عن طريق المعلومات التي يدلي بها الشخص ذاته أو بواسطة التحليل الموضوعي لعينات من البول ، أو الدم .. إلخ ، أو بالاستناد إلي دلائل أخري (وجود عينات من العقار في ممتلكات المريض ، علامات أو أعراض سريرية أو بناء علي إدلاءات من طرف ثالث عليم).

F19-F10 الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطى مادة نفسانية التأثير

Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use

Code	Arabic	English
F10	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطى الكحول	Mental and behavioural disorders due to use of alcohol
F11	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطى الأفيونات	Mental and behavioural disorders due to use of opioids
F12	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطى مشتقات الحشيش	Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids
F13	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطى المهدئات أو المنومات	Mental and behavioural disorders due to use of sedatives or hypnotics
F14	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطى الكوكايين	Mental and behavioural disorders due to use of cocaine
F15	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطى المنبهات الأخرى ، تشمل الكافئين	Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine
F16	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطى المهلوسات	Mental and behavioural disorders due to use of hallucinogens
F17	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطى التبغ	Mental and behavioural disorders due to use of tobacco
F18	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطى المذيبات الطيارة	Mental and behavioural disorders due to use of volatile solvents
F19	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطى أدوية متعددة وتعاطى المواد الأخرى النفسانية التأثير	Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psycho active substances

يمكن استعمال الفئات الرباعية المحارف والخماسية المحارف لتعيين الحالات السريرية (الإكلينيكية)، على النحو التالى:

Four - and five-character categories may be used to specify the clinical conditions, as follows :

Code	Arabic	English
F1X.0	التسمم الحاد	Acute intoxication
.00	بغير مضاعفات	Uncomplicated

With trauma or other bodily injury	.01 مع رضح أو أذية أخرى بالجسم
With other medical complications	.02 مع مضاعفات طبية أخرى
With delirium	.03 مع هذيان
With perceptual distortions	.04 مع تحريفات إدراكية
With coma	.05 مع غيبوبة
With convulsions	.06 مع اختلاجات
Pathological intoxication	.07 التسمم المرضى
Harmful use	F1X.1 التعاطى الضار
Dependence syndrome	F1X.2 متلازمة الاعتماد
Currently abstinent	.20 ممتنع حالياً
Currently abstinent, but in a protected environment	.21 ممتنع حالياً، ولكن فى بيئة تكفل له الوقاية
Currently on a clinically supervised maintenance or replacement regime [controlled dependence]	.22 حالياً تحت الإشراف السريرى (الإكلينيكى) على نظام مداومة أو إحلال (الاعتماد تحت السيطرة)
Currently abstinent, but receiving treatment with aversive or blocking drugs	.23 ممتنع حالياً، ولكنه يتلقى أدوية منفرة أو محصرة
Currently using the substance [active dependence]	.24 يتعاطى المادة حالياً (اعتماد نشط)
Continuous use	.25 التعاطى المستمر
Episodic use (diposmania)	.26 تعاطى بشكل نوبات (هوس الشرب أو الشرب الجنونى)
Withdrawal state	F1X.3 حالة الامتناع
Uncomolicated	.30 غير مترافقة بمضاعفات
Convulsions	.31 مع اختلاجات
Withdrawal state with delirium	F1X.4 حالة الامتناع مع الهذيان
Without convulsions	.40 بدون اختلاجات
With convulsions	.41 مع اختلاجات
Psychotic disorder	F1X.5 الاضطراب الذهانى
Schizophrenia-like	.50 الفصامى الشكل

51. يغلب عليه الوهام (الضلال)	Predominantly delusional
52. يغلب عليه الهلوسة	Predominantly hallucinatory
53. يغلب عليه تعدد الأشكال	Predominantly polymorphic
54. يغلب عليه الأعراض الاكتئابية	Predominantly depressive symptoms
55. يغلب عليه الأعراض الهوسية	Predominantly manic symptoms
56. المختلط	Mixed
F1X.6 متلازمة فقد الذاكرة	Amnesic syndrome
F1X.7 الاضطراب الذاهانى المتبقى والمتأخر البدء	Residual and late-onset psychotic disorder
70. الارتجاعات الزمنية	Flashbacks
71. اضطراب الشخصية أو السلوك	Personality or behaviour disorder
72. الاضطراب الوجدانى المتبقى	Residual affective disorder
73. الخرف	Dementia
74. علة معرفية مستديمة أخرى	Other persisting cognitive impairment
75. اضطراب ذهانى متأخر البدء	Late-onset psychotic disorder
FLX.8 الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى	Other mental and behavioural disorders
F1X.9 اضطراب نفسى وسلوكى غير معين	Unspecified mental and behavioural disorder

يجب أن يستند تعريف المادة نفسية الفاعلية إلي أكبر عدد ممكن من مصادر المعلومات ، ويمكن ذلك إما عن طريق المعلومات التي يدلي بها الشخص ذاته أو بواسطة التحليل الموضوعي لعينات من البول ، أو الدم .. إلخ ، أو بالاستناد إلي دلائل أخري (وجود عينات من العقار في ممتلكات المريض ، علامات أو أعراض سريرية أو بناء علي إدلاءات من طرف ثالث عليم) .

يتضمن هذا القسم مجموعة واسعة متباينة من الاضطرابات ، التى تختلف فى درجة شدتها وشكلها السريرى ، ولكنها كلها تشترك فى مرجعها المشترك إلى استخدام واحد أو أكثر من المواد نفسية الفاعلية (التى قد تكون أو لاتكون موصوفة طبيا) .

يجب أن يستند تعريف المادة نفسية الفاعلية إلى أكبر عدد ممكن من مصادر المعلومات ، ويمكن ذلك إما عن طريق المعلومات التى يدلى بها الشخص ذاته أو بواسطة التحليل الموضوعى لعينات من البول ، أو الدم .. إلخ ، أو بالاستناد إلى دلائل أخرى (وجود عينات من العقار فى ممتلكات المريض ، علامات أو أعراض سريرية أو بناء على إدلاءات من طرف ثالث عليم) .

يتعاطى الكثيرون من مستخدمى العقار أكثر من نوع واحد من العقاقير ، وعلى الرغم من ذلك يجب أن يصنف تشخيص الاضطراب ، كلما أمكن ذلك ، تبعاً لأكثر المواد المستخدمة (أو فئة من المواد) أهمية . ويكون من المفيد تحديد العقار أو نوع العقار ، الذى يكثر سوء استخدامه عن غيره ، خاصة فى تلك الحالات ، التى تتضمن استخداماً مستمراً أو يومياً .

(١) الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكحول .

DISORDERS RESULTING FROM USE OF ALCOHOL

(٢) الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الأفيون .

DISORDERS RESULTING FROM USE OF OPIOIDS

(٣) الاضطرابات الناجمة عن استخدام المهدئات والمنومات

DISORDERS RESULTING FORM USE OF SEDATIVES OR HYPNOTICS.

(٤) الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الحشيش .

DISORDERS RESULTING FROM USE OF CANNABINOIDS.

(٥) الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكوكايين .

DESORDERS RESULTING FROM USE OF COCAINE.

(٦) الاضطرابات الناجمة عن استخدام منبهات أخرى (بما فيها الكافيين) .

DISORDERS RESULTING FROM USE OF OTHER STIMULANTS INCLUDING CAFFEINE.

(٧) الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير الهلوسة (المهلوسات) .

DISORDERS RESULTING FROM USE OF HALLUCINOGENS.

(٨) الاضطرابات الناجمة عن استخدام التبغ .

DISORDERS RESULTING FROM USE OF TOBACCO.

(٩) الاضطرابات الناجمة عن استخدام المذيبات المتبخرة .

DISORDERS RESULTING FROM USE OF VOLATILE SOLVENTS.

(١٠) الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير متعددة واستخدام مواد أخرى نفسانية الفاعلية .

DISORDERS RESULTING FROM MULTIPLE DRUG USE AND USE OF OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES.

١- تسمم حاد نتيجة لاستخدام مادة نفسية الفاعلية :

ACUTE INTOXICATION

هى حالة عابرة تلى تناول العقاقير أو الكحول ، وتتسبب فى اضطرابات فى درجة الوعى أو الوظيفة المعرفية أو الإدراك أو الوجدان أو السلوك أو أى وظائف أو استجابات نفس فسيولوجية أخرى ، وتكون الاضطرابات مرتبطة ارتباطاً مباشراً بالتأثير الدوائى الحاد للمادة ، وتقل تدريجيا بمرور الوقت آيلة إلى شفاء تام إلا فى الحالات التى تحدث فيها إصابة للأنسجة أو مضاعفات أخرى . وتتضمن مضاعفات الحالة : الحوادث أو استنشاق القئ أو الهذيان أو الغيبوبة أو التشنجات أو أية مضاعفات طبية أخرى ، وتعتمد طبيعة هذه المضاعفات على الفئة الدوائية للمادة وطريقة تناولها .

ويرتبط التسمم الحاد عادة ارتباطاً وثيقاً بمستوى الجرعة ، وقد تحدث استثناءات فى هؤلاء الأفراد ، الذين يعانون من حالات عضوية أساسية معينة (على

سبيل المثال : قصور كلوى أو كبدى) . وعندئذ قد تؤدى جرعات صغيرة من المادة إلى إحداث أثر تسممى شديد غير متناسب مع الجرعة .

ولاتعكس أعراض التسمم بالضرورة دائماً الأثر الأساسى للمادة على سبيل المثال ، فقد تؤدى العقاقير المثبطة إلى أعراض هياج أو فرط نشاط ، كذلك قد تؤدى العقاقير المنبهة إلى انسحاب اجتماعى وسلوك منطوى . وقد تكون آثار عقاقير مثل الحشيش والمهلوسات على درجات الخصوص غير متوقعة .

كذلك هناك كثير من العقاقير، قادرة على إحداث أنواع مختلفة من الأثر عند مستويات مختلفة من الجرعة ، فعلى سبيل المثال هناك الكحول الذى قد يبدو وأن له أثاراً منبهة على السلوك ، عند مستويات منخفضة من الجرعة ، إلا أنه يؤدى إلى التوتر والعدوانية بارتفاع مستويات الجرعة ، ثم يؤدى إلى تهدئة كاملة عند المستويات المرتفعة جداً .

وعند التشخيص الفارق تراعى إصابة الرأس الحادة ، وانخفاض نسبة السكر فى الدم .

والتسمم الحاد هو ظاهرة عابرة ، وتقل درجة التسمم مع مرور الوقت ، ثم تختفى الآثار مع مرور الوقت وفى غياب استخدام آخر للمادة ، ويجب كذلك مراعاة التسمم كنتيجة لاستخدام مزيج من المواد .

٢- استخدام ضار (التعاطي) : HARMFUL USE

يؤدى استعمال هذه المواد إلى إحداث ضرر بالصحة . وقد يكون الضرر جسيماً (كما فى حالات الالتهاب الكبدى نتيجة الحقن الذاتى بالعقاقير نفسية الفاعلية)، أو عقلياً (مثل نوبات من اضطراب الاكتئاب نتيجة للإفراط فى الشراب) .

ويقتضى استعمال تشخيص الاستخدام الضار - والذى يتضمن خطراً مستقبلياً على الصحة - حدوث ضرر فعلى ، أصاب الصحة العقلية أو الجسمية للمستخدم ، وعادة ما يتعرض هذا الفرد لانتقاد الآخرين .

ويكون الاستخدام الضار عادة مصحوباً بتبعات اجتماعية سلبية متنوعة ، ولايعتبر نمط ضرر الاستخدام أو العقار المستخدم من قبل شخص آخر، أو من قبل بيئة الفرد فى حد ذاته دليلاً على الاستخدام الضار ، كذلك لايعتبر دليلاً إلا إذا ترتب على الاستخدام عواقب اجتماعية ، مثل : الاعتقال أو فقدان العمل أو انهيار الحياة الزوجية .



Injection Addiction

التعاطى بالحقن



Injection Addiction

التعاطى بالحقن

٣- زملة الاعتماد (الإدمان) : DEPENDENCE SYNDROME

هى عبارة عن مجموعة من الظواهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية ، تأتى بعد استخدام متكرر لمادة ما ، وتتضمن بشكل محور الرغبة الشديدة فى تناول العقار واختفاء السيطرة على استخدامه ، والاستمرار فى ذلك على الرغم من التبعات الضارة، ويكون تعاطيها ذا أولوية تفوق أى سلوكيات أو التزامات أخرى ، مع زيادة فى احتمال المادة وأحيانا وجود حالات انسحاب .

وقد تكون زملة الاعتماد مرتبطة بمادة نفسية الفاعلية محددة مثل التبغ والكحول والديازيبام ، أو بفئة من المواد (الافيونيات)، أو بنطاق أوسع من المواد الدوائية نفسية الفاعلية المختلفة .

مؤشرات تشخيصية :

يستخدم تشخيص الاعتماد فقط ، إذا أظهر الشخص أو أبدى ثلاث أو أكثر من النقاط التالية أثناء العام السابق :

(١) رغبة أو إحساس قهرى بضرورة تعاطى العقاقير .

(٢) وعى ذاتى باختلال القدرة على التحكم فى سلوك تناول العقار ، فيما يتعلق ببدايته وإنهائه ومعدل استخدامه .

(٣) يستخدم العقار بغرض التخفيف من أعراض الانسحاب ، وبوعى أن هذه الخطة مؤثرة .

(٤) وجود حالة انسحاب فسيولوجية .

(٥) توافر دليل على حدوث التحمل ؛ بمعنى أن الشخص يحتاج دوماً إلى زيادة جرعات المادة ؛ ليحصل على الأثر نفسه ، الذى كانت تحدثه من قبل جرعات أقل منها .

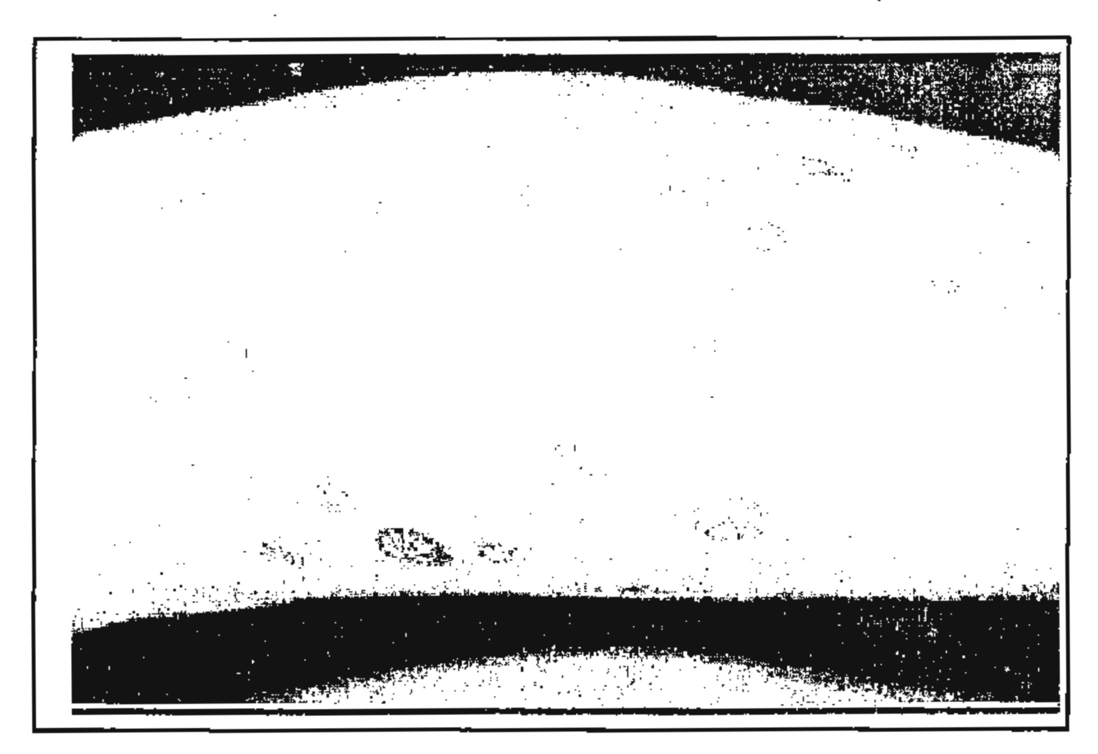
(ومن الأمثلة الواضحة على ذلك أن الأفراد ، الذين يعتمدون على الكحول والامفيتامينات قد يتعاطون يوميا من الكميات ما يكفى لتعجيز أو قتل أفراد غير معتمدين عليها) .

(٦) ضيق فى المخزون الشخصى فى أنماط استخدام العقار أو الكحول (على سبيل المثال الميل إلى تعاطى المشروبات الكحولية بالطريقة نفسها فى أيام

الأسبوع ونهايات الأسبوع ، وبغض النظر عن أى حدود اجتماعية خاصة بالسلوك المناسب لتعاطى الكحول) .

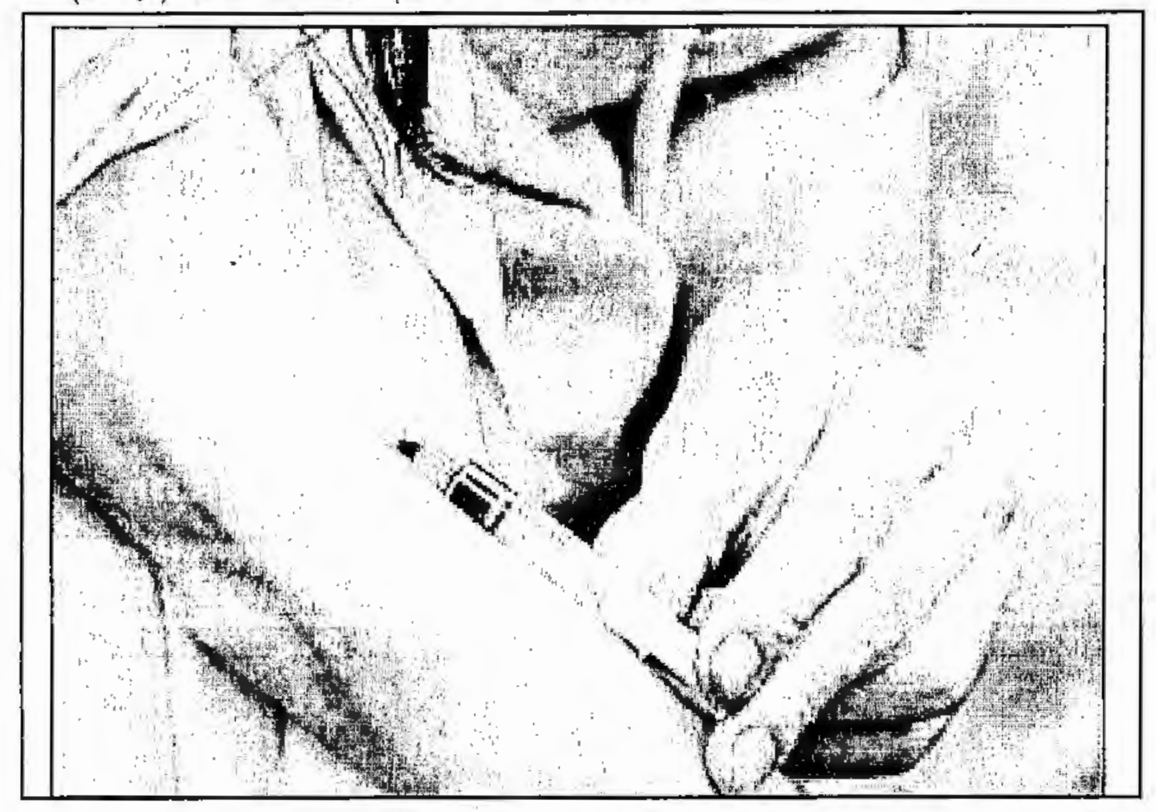
(٧) الإهمال المتزايد لأى متع أو اهتمامات بديلة لصالح استخدام العقار .

(٨) المثابرة على استخدام العقار على الرغم من وجود دليل واضح على التبعات الضارة البيئية (التبعات الضارة قد تكون طبية مثل إيذاء الكبد من خلال الإفراط في الشرب ، أو اجتماعية كما في حالة فقدان العمل نتيجة لاضطراب الأداء المرتبط بتعاطى العقار ، أو نفسية ، كما فى حالات المزاج الاكتئابى المترتبة على فترات من الاستخدام المكثف للمادة) .



Injection Addiction

التعاطى بالحقن



Injection Addiction

التعاطى بالحقن

ويتضح الوعى الذاتى بالطبيعة القهرية لاستخدام العقار عادة ، أثناء محاولات التوقف أو التحكم فى استخدامه ، وقد يستبعد هذا المؤشر التشخيصى ، على سبيل المثال فى حالات مرضى الجراحة ، الذين يعطون العقاقير الأفيونية لتخفيف الألم ، والذين قد يبدون علامات حالة انسحاب الأفيونات ، عندما لايتعاطون العقاقير ، ولكن ليست لديهم الرغبة فى الاستمرار فى تناول العقاقير.

وقد تكون زملة الاعتماد موجودة بالنسبة لمادة معينة على سبيل المثال التبغ أو (الديازيبام)، أو لمجموعة من المواد (على سبيل المثال الأفيونات والعقاقير شبه الأفيونية)، أو لنطاق أوسع من المواد المختلفة (كما هو الحال بالنسبة لهؤلاء الأفراد، الذين يشعرون بإحساس قهرى نحو الاستخدام المنتظم لأى عقاقير متوفرة، والذين يبدون ضيقاً وتوتراً ، أو علامات بدنية لحالة انسحاب عند الامتناع عن التعاطى).



Withdrawal State

حالة الانسحاب



Withdrawal State

حالة الانسحاب

٤- حالة الانسحاب : WITHDRAWAL STATE

مجموعة من الأعراض متنوعة فى طبيعتها وفى درجة شدتها ، تحدث بعد انسحاب كامل أو نسبى لمادة ، بعد فترة استخدام مستمر لهذه المادة ، وعادة ما يكون بداية ومسار حالة الانسحاب محدودين زمنيا ، ويرتبطان بنوع المادة نفسية الفاعلية المستخدمة والجرعة المستخدمة فى فترة ما قبل الامتناع أو تخفيض الجرعة مباشرة ، وربما تصحب حالة الانسحاب مضاعفات بحدوث تشنجات .

وتختلف الأعراض البدنية تبعا للمادة المستخدمة ، كذلك فإن الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال : قلق ، اكتئاب واضطرابات النوم) هى أيضاً سمات شائعة للانسحاب .

٥- حالة انسحاب مع هذيان :

WITHDRAWAL STATE WITH DELIRIUM

هى حالة تتضاعف فيها حالة الانسحاب بوجود هذيان ، وكذلك يمكن حدوث تشنجات. وأكثرها شيوعاً الهذيان الإرتعاشى المحدث بالكحول ، وهو حالة تسممية اختلاطية قصيرة المدى ، وإن كانت أحيانا مهددة للحياة تصاحبها اضطرابات جسمية، وهى عادة نتيجة لانسحاب كامل أو نسبى للكحول فى حالة الأفراد ذوى التاريخ الطويل من الاعتماد الشديد . وتكون بدايته عادة بعد انسحاب الكحول ، كما يمكن أن ترسبه عوامل أخرى (إصابة أو خمج مثلا) ، وفى بعض الحالات تظهر الحالة أثناء نوبة من الشرب المفرط .

وتتضمن نذر الأعراض على نحو نمطى الأرق والرجفة والخرف . وقد يسبق البداية تشنجات انسحابية . ويتكون مثلث الأعراض التقليدى من تشوش فى الوعى وخلط ، وهلاوس وخداعات زاهية تصيب أيا من الأشكال الحسية ، ورجفة شديدة ، وكذلك عادة ما توجد ضلالات وتوتر وأرق أو انقلاب فى دورة النوم وفرط نشاط فى الجهاز العصبى الذاتى (اللاإرادى) .

٦- اضطراب ذهاني : PSYCHOTIC DISORDER

مجموعة من الظواهر الذهانية تحدث أثناء أو بعد تعاطى المادة ، ولايمكن تفسيرها على أساس من التسمم الحاد فحسب ، ولاتشكل جزءاً من حالة الانسحاب.

ويتميز الاضطراب بهلاوس (عادة سمعية ولكنها كثيراً ما تصيب أكثر من

شكل حسى) وتشوهات إدراكية ، وضلالات وأفكار بالإشارة (غالباً ذات طبيعة بارانويدية (زورانية) أو طبيعة اضطهادية ، واضطرابات نفسحركية (اهتياج أو ذهول) ، واختلال فى الوجدان يتراوح بين الخوف الشديد وبين النشوة . أما الوظائف الحسية ، فعادة ما تكون طبيعية ، ويجوز أن يكون هناك درجة من تعتم الوعى لاتؤدى إلى تشوش شديد .

٧- زملة النساوة (فقدان الذاكرة) المحدثة بكحول أو عقار :

ALCOHOL AND DRUG INDUCED AMNESIC SYNDROME

هى زملة يصاحبها خلل بارز مزمن فى الذاكرة الحديثة والبعيدة ، وتكون إصابة الذاكرة البعيدة عادة أقل شدة ، فى حين يبقى الاسترجاع الفورى سليماً وعادة ما تكون هناك اضطرابات واضحة فى الإحساس بالزمن والقدرة على ترتيب الأحداث، كما تضطرب القدرة على تعلم الجديد من المواد . وقد يكون التخريف شديداً، وإن كان لايشترط وجوده دائماً ، أما الوظائف المعرفية الأخرى فعادة ما تظل سليمة نسبيا؛ بحيث تكون اضطرابات الذاكرة غير متناسبة مع بقية الاضطرابات .

٨- اضطراب ذهاني متبقي ومتأخر البداية محدث بكحول أو عقار:

ALCOHOL AND DRUG INDUCED RESIDUAL AND LATE- ONSET PSYCHOTIC DISORDER

هو اضطراب تحدث فيه تغيرات فى المعرفة أو الوجدان أو الشخصية أو السلوك محدثة بكحول أوعقار ، وتستمر لفترة تتجاوز الفترة ، التى يفترض فيها أن يظل للتأثير المباشر للعقار مفعول سارى .

ويجب أن تكون بداية الحالة مرتبطة ارتباطاً مباشراً باستخدام المادة ، أما الحالات ، التى تبدأ فيها الحالة متأخرة عن نوبة أو نوبات تعاطى المادة فلا تصنف هنا , إلا إذا توافر دليل واضح وقوى على تفسير الحالة للأثر المتبقى من المادة .

ويجب تمييز الارتجاعات الزمنية عن الحالات الذهانية ، عن طريق طبيعتها النوابية ومدتها التى غالبا ما تكون قصيرة ، وبكونها تكراراً لخبرات سابقة مرتبطة بالعقار أو بالكحول، ويجب أن تمثل الحالة تغييراً عن أو مبالغة شديدة فى حالة الأداء الطبيعى السابق .

كما يجب أن تتجاوز الحالة أية فترة زمنية ، يفترض أن يكون تأثير العقار

ساريا فيها (انظر: تسمم حاد)، ولايكون الخرف المحدث بمواد دائماً دون تحسن ، فقد تتحسن الوظائف الذهنية والذاكرة ، بعد فترة طويلة من الامتناع الكامل .

٩- اضطرابات عقلية أو سلوكية أخري محدثة بعقاقير أو كحول:

OTHER MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS INDUCED BY DRUGS AND ALCOHOL

يرمز هنا إلى أى اضطراب آخر ؛ حيث يمكن تعرف استخدام مادة ما باعتبارها عاملاً مساهماً مباشراً فى إحداث الحالة ، ولكنه لايستوفى معايير الإدراج فى أى من الحالات أعلاه .

١٠- اضطراب عقلي أو سلوكي، غير محدث بكحول أو عقاقير :

UNSPECIFIED MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS INDUCED BY ALCOHOL AND DRUGS

(١) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام الكحول Alcohol

(٢) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام أشباه الأفيونات Opioids

(٣) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام مشتقات الحشيش Cannabinoids

(٤) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام المهدئات والمنومات Tranquilizer & Hypnotics

(٥) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام الكوكايين Cocaine

(٦) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام منبهات أخرى، بما فيها الكافيين Other Stimulants Inc. Caffeine

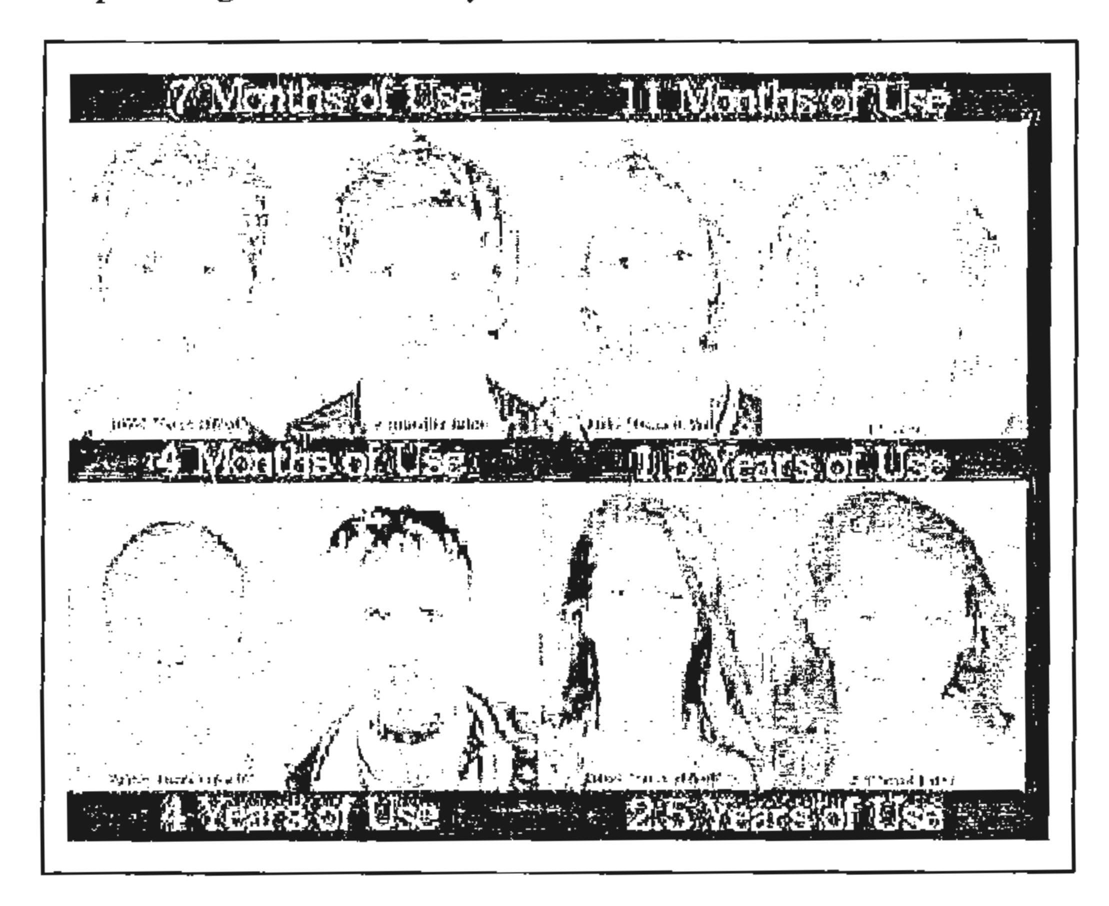
(٧) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام عقاقير الهلوسة Hallucinogens

(٨) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام التبغ Tobacco

(٩) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام المذيبات الطيارة Volatile Solvents

(١٠) اضطرابات عقلية وسلوكية بسبب استخدام عقاقير متعددة ، واستخدام مواد أخرى نفسية الفاعلية .

Multiple Drugs and Other Psychoactive Substances



Heroin Addiction

إدمان الهيروين

انتشار الإدمان :

لقد زادت المواد المخدرة وتنوعت، فمنها الخام والمشتق والمخلق ، وكثرت المواد ذات التأثير القوى السريع المفعول ، والتى تقل كمية جرعاتها ، فيسهل تهريبها لصغر حجمها ، فزاد تبعاً لذلك انتشار المخدرات ؛ خاصة بين صغار السن من المراهقين والشباب . وانتشار المخدرات يستوى فيه جميع فئات الشعوب ، حيث ينتشر بين الأميين والمتعلمين وبين الفقراء والأغنياء ، ولكن لاتوجد أرقام دقيقة تشير إلى معدلات انتشار الإدمان ؛ لموقف القانون والمجتمع من المدمنين؛ مما يجعلهم يمارسون إدمانهم فى الخفاء .

ولكن هناك إحصائيات تستند إلى التقدير الجزافي لكميات المواد المخدرة المستهلكة في العالم ، فهناك مثلاً إحصائيات تشير إلى أن مدمني الأفيون ومشتقاته يجاوزون الأربعمائة مليون في العالم ، ومدمني الحشيش أكثر من ثلاثمائة مليون ، أما المواد الأخرى فلا يعرف حجم انتشار إدمانها .. ولاشك أن هناك أسباباً عديدة لانتشار الإدمان على هذا النحو الخطر سوف نناقشها فيما يلي:

مدى انتشار المواد المخدرة المختلفة على مستوى مصر (د. سويف- ١٩٩٥)

	حشيش	أفيون	مهدئات	منشطات	منومات
المدارس الثانوية (١٤٦٥٦)	٪٥,٠٥	٪٠,٠٨٤	٪٢,٧٢	٪١,٧٩	٪٢,٢٦
طلاب الجامعات الذكور (٢٧١١)	٪١٥,٤٥	٪٠,٠٧٠	٪٥,٧٩	٪١٣,٩٨	٪٤,٢١
طالبات الجامعات (٢٣٦٦)	٪٠,٧٦	٪٠,٠٨	٪٥,٠٧	٪٤,٧٨	٪٤,١٨
			المواد الدوائية		
عمال الصناعات (٥١٠٨)	٪١١,٤٤	٪١,٣٦		٪١,٨٠	

المهدئات والمنومات

يواجه الطبيب عند وصفه لأحد المهدئات مشكلتين : الإدمان والانتحار، ولذا يجب الحرص في إعطاء المهدئات ، وأن يكون المريض تحت الإشراف الطبي المباشر.

ويوجد كثير من أنواع المهدئات والمنومات مثل البرومور ، وكان يستعمل سابقاً في التهدئة والتنويم البسيط وفي النوبات الصرعية ، ويدخل في مركبات السعال ، ولكن له أخطاره التي أوقفت استعماله تقريباً .

ومن المهدئات المنتشرة التي تسبب الإدمان مجموعة المبروباميت، مثل: الكوايتان، والترانكيلان، وأحياناً مجموعة البنزوديازيبين مثل الليبريم ، السيريباكس،

والترانكسين ، الفاليوم، الزاناكس ، والنوبريم والموجادون والروهيبنول (أبو صلبية) ذو الشهرة بين المدمنين .

ومن المنومات المهمة الكورال ، وبارالدهايد، وأهم هذه المنومات هى حامض الباريتيريك ومشتقاته وتباع فى الأسواق بأسماء مختلفة ، أهمها : فسبراكس ، باربى٢ ، دورميل ، بلكسونال ، فانادورم ، سيكونال ... إلخ .

وتثبط هذه العقاقير من عمل قشرة المخ ،وكذلك لها خاصة التثبيط بالنسبة لمراكز التنفس فى المخ ، ودرجة حرارة الجسم ، وعمليات البناء والهدم من جراء هبوط وظائف المخ ، ويبدأ الفرد فى النعاس ثم النوم ، وإن زادت الجرعة كما فى حالات الانتحار يتوفى المريض فى غيبوبة من هبوط وشلل مراكز التنفس فى المخ .

وأخطر مضاعفات هذه العقاقير هو الإدمان ؛ إذ نجد الفرد يزيد من عدد الأقراص تدريجيًا ، ويبدأ تناولها أثناء النهار ويصاب بحالة تسمم ويبدو كأنه مخمور، غير متوازن ، مع ارتخاء فى عضلات الجسم وأحيانا يصيبه نوعاً من الابتهاج ، يتناوب مع فترات من التوتر والإثارة الشديدة ؛ مما يجعل الطبيب إذا لم يأخذ من المريض تاريخ تناوله لهذه الأدوية ، يميل لتشخيص الحالة وكأنها تصلب متناثر ، أو خرف شللى ، أو خرف قبل الشيخوخة ، أو إدمان خمر .

وعادة ما يتناول مدمن حامض الباريتيريك أو المهدئات أو المطمئنات أنواعًا من المنبهات والخمور ، ولانستطيع اعتباره مدمناً إلا بعد زيادة الجرعة، والمشكلة المميزة هنا أن هذه الجرعة تسبب اختلاطا عقليا ، وفقدان ذاكرة للحوادث القريبة، وبالتالى ينسى المريض أنه تناول العقار ، فيكرر العملية ، وثم يفقد ذاكرته ، وبتكرار هذه العملية ، يتناول المريض كمية تودى بحياته، ويظن البعض أنه أقدم على الانتحار بهذه الأقراص ، والحقيقة أنه أصيب باختلاط عقلى ، ولم يستطع تحديد الكمية المطلوبة .

ويؤدى التوقف عن أخذ الباريتريك أو كميات كبيرة من البنزوديازيبين إلى تحسن سريع فى أعراض التسمم السابق ذكرها ، ولكن سرعان ماتبدأ أعراض توقف العقار أو حاجة الجسم إليه بعد حوالى ٨ ساعات من قلق، وصداع، ورعشة، وضعف عام وقئ وهبوط فى الدورة الدموية .

وتصل هذه الأعراض إلى أقصاها ما بين ١٦ –٢٤ ساعة من توقف أخذ العقار ، وتصحب ذلك تغيرات فى رسم المخ ، وإن عزف المريض فجأة عن أخذ الدواء ،

فعادة ما يصاب فى ٧٥٪ من الحالات بنوبات صرعية كبيرة فيما بين ١٦ ساعة و٨ أيام من توقفه عن العقار ، ويتبع الصرع بعض الاختلاط العقلى ، يفيق بعده المريض فى حالة سوية تامة .

ويصاحب أعراض توقف العقار فى ٦٠ ٪ من الحالات هذيان فى اليوم الأول ، مع عدم التعرف على الزمان والمكان ، وهلاوس بصرية ورعشة تشابه الهذيان الارتعاشى فى مدمنى الخمر ، وتحدث تقريبا الأعراض نفسها مع مجموعة المبروباميت .

وسنشرح بالتفصيل إدمان هذه العقاقير فى آخر هذا الفصل، ولكن أود أن أوفى علاج الانتحار بهذه الأدوية حقه فى هذا المجال ، وأهم الخطوات المتبعة هى الآتى :

١- عندما يكون المريض فى حالة التسمم البسيط ، أو المتوسط ، ولم يدخل فى غيبوبة مع وجود المنعكسات العصبية العميقة لايخشى عليه ، وسيشفى دون أى علاج مضاد .

٢- أما فى حالات الغيبوبة أو تناول جرعة كبيرة ، فيجب اتباع الآتى :

أ- غسيل معدة مع الحرص على عدم استنشاق محتويات المعدة .

ب- تنظيم مستوى المعادن والسوائل فى الجسم بإعطاء اللازم منها بالنقطة بالوريد.

جـ- استخدام مواد رافعة لضغط الدم ، ومساعدة لمراكز التنفس .

د- إفراغ المثانة بقسطرة طبية .

هـ- مليون وحدة بنسلين وقائية كل ٦ ساعات ضد أى التهاب رئوى .

وعادة ما تقل نسبة الوفاة إلى ٢,٥ ٪ بأخذ الاحتياطات السابقة ، ولكن أحياناً ما يحتاج المريض فى حالة التسمم بالباربتيورات إلى :

أ- بمرجيد Bemergide مع أمفيناكول Amphenacol ليقلل من عمق الغيبوبة ، ويعطى ١٠سم من الأول (٥٠ مجم) مع١سم (١٠ مجم) من الثانى فى الوريد ، وتكرر الحقنة كل ثلاث دقائق ، حتى يعود المريض لوعيه ، مع رجوع توتر العضلات والمنعكسات العصبية العميقة لطبيعتها ، وعادة ما يحتاج الشفاء إلى حوالى ٨ ساعات.

أما فى حالات التسمم بالبنزوديازيبين، فيعطى حقن الفلوميزانيل

(أنكزييت) والتى تعيد الوعى فى دقائق ؛ حيث إن هذا العقار مضاد لهذه المطمئنات .

ب- عندما تفشل جميع الاحتياجات السابقة ، نلجأ أحيانا إذا وجدت الاستعدادات الكافية لعملية الغسيل الدموى (التحليل الغشائى الدموى) Haemodialysis ، وبها نطرد العقار من الدم ونسرع بشفاء المريض .

المنبهات :

زاد فى السنوات الأخيرة استعمال الناس لهذه العقاقير لعدة أسباب، منها : الرغبة فى زيادة طاقة الاستذكار ، وضرورة اليقظة فى بعض الأعمال الليلية ، وفقدان الشهية فى السمنة، إعطاء قوة ونشاط ذهنى .. إلخ ؛ مما جعل وزارة الصحة أخيراً تتنبه لخطورة تناولها ، وتضعها مع الممنوعات وتحظر صرفها إلا بتذكرة طبية.

وتستعمل هذه المنبهات فى علاج صرع النوم وبعض حالات الشلل الاهتزازى ونقص الوزن ، والتبول الليلى اللاإرادى ، والاضطرابات السلوكية فى الأطفال ، وتنبيه الحالة النفسية العامة واستخدامها كمضاد للاكتئاب الصباحى ، وأهم هذه العقاقير : الأمفيتامين ، ويوجد فى المركبات الآتية : البريلودين ، أو بوزان ، امفيفيت .. وكذلك مجموعة الريتالين ، ابيزيت ، والتنويت .. إلخ .

ويصاحب استعمال هذه المنبهات حالات ذهانية تتميز بالآتى :

١- ذهان شبه فصامى مع هذاءات وهلاوس سمعية وبصرية .

٢- اضطراب فى الذاكرة .

٣- هذيان تحت حاد .

وعادة ما يشفى هذا الذهان بعد أسبوع من التوقف عن أخذ العقار . وتتراوح الجرعة المسببة لهذا الاضطراب العقلى مابين ٢٠ - ٦٠مجم يوميا ، ولكن لوحظ وجود بعض الأفراد الذين يتناولون حوالى ١٠٠مجم يوميا ، دون ظهور أى علامات ذهانية عليهم، وكما ذكرنا فى التشخيص المفارق للفصام يجب سؤال المرضى عن تناولهم لهذه العقاقير نظرا لتشابه الأعراض .

والخطر الثانى من استعمال العقاقير المنبهة بعد الذهان ، هو الإدمان ، وقد سبق الكلام عنه مع علاج الاكتئاب .



Alcoholism (Coma)

غيبوبة كحولية

الكحولية : Alcoholism

لايشكل إدمان الخمر فى مصر معضلة كبرى مثل الدول الأوروبية ؛ للعوامل الدينية التى تحرم شرب الخمر على المسلمين ، ولكن بالطبع مازلنا نواجه مشكلة إدمان الخمر التى هى فى زيادة مستطردة ، ويجب أن نفرق هنا بين تعود الخمر وهى شرب الكمية نفسها يوميا لعدة سنوات دون زيادة ظاهرة ، والإدمان وهو زيادة الجرعة دائما ، مع ظهور تدهور خلقى وأدبى واجتماعى فى سلوك المدمن.

وأهم العوامل التى تؤدى إلى إدمان الخمر هى :

١ - العوامل الاجتماعية :

تتميز الثقافات الشرقية باتجاه خاص نحو الحياة ، وهى : التأمل الغيبى ، والشخصية غير العدوانية ، والتسامح المستمر ، ومن هنا نشأت إدانة الخمر والاتجاه نحو الأفيون والحشيش ، أما الثقافات الغربية فتعطى أهمية كبيرة للشخصية العدوانية والاتجاه الانبساطى الواقعى ناحية الحياة فيسمح بالخمر لإباحة هذه الصفات ، ويدان الأفيون والحشيش لتثبيطه لسمات الشخصية الغربية .

ومن هذه الفروق الاجتماعية والثقافية ، نلاحظ الاختلاف فى نسبة إدمان الكحول بين الغرب والشرق .

٢- العوامل النفسية :

يدمن الخمر بعض الشخصيات التى تحتاجه لخفض درجة التوتر وعدم التوافق الاجتماعى .

وأهم هذه الشخصيات الآتى :

(أ) شخصية سوية ناجحة :

متوافقة ، متعلمة ، ولكن مرت بظروف بيئية شديدة، مثل: وفاة عزيز ، أو فقدان أموال ... إلخ ، مما جعلها تلجأ للخمر كوسيلة لتخفيف آلامها.

(ب) شخصية عصابية :

مع خجل شديد ، ونقد ذاتى مستمر وقلق واضح ، وشعور بالنقص مع وجود بعض الوساوس القهرية . ويحاول الفرد هنا الهروب من هذه النقائص بالالتجاء إلى الخمر ؛ حتى يستطيع مواجهة العالم الخارجى .

(جـ) شخصية ذهانية :

ويلجأ مريض الاكتئاب الذهانى للخمر لمقاومة الأرق ، والشعور بالإثم والبخس الذاتى ، والبعد عن الأفكار الانتحارية ، والإحساس باليأس والضياع، وكذلك كثيراً ما ينغمس مريض الفصام فى الخمر للحد من الشعور بالضلالات الاضطهادية والهلاوس، التى تلعنه وتسبّه ، وكذلك فى بعض حالات الذهان العضوى من خرف الشيخوخة وما قبل الشيخوخة ، والعته الشللى فقد يلجأ بعض المرضى للخمر للتقليل من استبصارهم بتغير الشخصية واضطراب الذاكرة .

(د) شخصية ضد اجتماعية أو عاجزة أو غير سوية أو حدية :

هى شخصية غير متزنة ، ذات عدوانية وسلوك ضد اجتماعى واضطراب فى العلاقات الاجتماعية والعاطفية والأسرية ، ويكون إدمان الخمر من سمات هذه الشخصية .

ولذا يجب أخذ العوامل النفسية وشخصية المريض فى الاعتبار عند تشخيص إدمان الخمر ؛ لأن ذلك سيحمل الكثير من الدلائل بالنسبة لدرجة الشفاء ومصير الإدمان .

٣- العوامل الوراثية :

يعتقد بعض الباحثين أن الاستعداد لإدمان الخمر يحتمل أن ينتقل وراثيًا في العائلة الواحدة ، ويوجد بعض الجينات المسئولة عن ذلك ،ولم يثبت ذلك في أنواع الإدمان الأخرى .

٤- العوامل البيولوجية :

يبدو أن مدمن الخمر يختزن الكحول في جسمه بطريقة خاصة، بل يعتمد عليه الجهاز العصبي في غذائه بحيث يصبح الخمر عاملا أساسيا في سلامة الجهاز العصبي للمدمن ، ومن هنا نفهم الإلحاح الداخلي الدائم لشرب الخمر في هؤلاء المرضى ، ويفسر ذلك قابلية البعض للإدمان والبعض الآخر للشراب المعتدل.

ويفسر البعض ظاهرة الإدمان بنقص في كمية الأفيون الداخلي ، والمسمى بالأندورفين والانكفالين والذي يفرزه المخ ، للتحكم في الآلام النفسية والجسمية ، ويؤدي نقص هذه المواد في المخ بالفرد إلى اللجوء إلى الكحول والمطمئنات والمخدرات لخفض عتبة الألم .

وتختلف نسبة الكحول في أنواع الخمور المختلفة ، فتصل من ٣ - ٤,٥ ٪ في البيرة ، وفي الفودكا من ٧٠-٨٠٪ ، ومن ٧ - ٢٠ ٪ في النبيذ ، أما الويسكي والجين فتتراوح من ٣٠ - ٦٥ ٪ ، ويمتص الكحول بسرعة من المعدة والأمعاء ، ويفرز سريعاً من الرئتين والكليتين. ويعتبر الإكثار من الخمر سماً للكبد والقلب والكلية ، مع ظهور التهابات وقرح المعدة وتثبط الخمر من عمل قشرة المخ. ومن هنا نلاحظ قلة الإحباط الاجتماعي، حيث تخفض الخمر من التحكم والنقد الذاتي الصادر من قشرة المخ واتجاه السلوك للناحية البدائية الغريزية .

وتظهر على الفرد العادي أعراض التأثر بالخمر (السكر) عند وصول نسبة الكحول في الدم إلى ٠,٢ ٪ ، وإذا زادت النسبة عن ٠,٥ ٪ يخشى من الوفاة من غيبوبة الكحول .

تصنيف مراحل إدمان الخمر (جلينيك ١٩٥١) :

١- مرحلة ما قبل الإدمان :

وتعني الإغراق في الخمر بما يتجاوز الاستعمال العادي .

٢- مرحلة الإنذار بالإدمان :

وتتميز هذه المرحلة بظهور :

(أ) نوبات من النسيان التام لما حدث أثناء الإغراق فى شرب الخمر فى صباح اليوم التالى .

(ب) شرب الخمر على انفراد ودون الصحبة العادية .

(جـ) الشرب قبل الحوادث أو المواعيد المهمة .

(د) الشرب صباحاً لخفض درجة التوتر ولتقليل شدة اهتزاز الأطراف خاصة اليدين ، والتى تمنع الرجال أحياناً من التمكن من حلاقة الذقن.

(هـ) نوبات من الإغراق فى الشراب رغم المقاومة الشديدة .

٣- مرحلة إدمان الخمر :

وتتميز بالآتى :

(أ) عدم القدرة على التوقف عن الشراب لمدة أكثر من ٢٤ ساعة وبمجهود ومقاومة شديدة ، تتراوح بين أسبوع وثلاثة أسابيع .

(ب) عدم القدرة على التحكم فى كمية الشراب ، فإن بدأ الفرد فى احتساء الخمر ، فلن يتوقف إلا وهو مخمور .

٤- مرحلة الإدمان المزمن :

وهنا يتعرض المريض لعدد من المضاعفات ، أهمها :

(أ) مضاعفات جسمية :

مثل التهاب المعدة المزمن ، قرح المعدة والاثنى عشر ، التهاب أطراف الأعصاب ، مع التنميل والحرقان فى الأيدى والرجلين وتليف الكبد وعدم تمكنه من وظائفه ، وكذلك بعض الضعف فى عضلات القلب .

(ب) مضاعفات عقلية :

أهمها تدهور الشخصية والإتيان بسلوك شاذ ضد اجتماعى ، مع ظهور الذهان إما فى هيئة حادة مثل الهذيان الارتعاشى ، أو مزمنة مثل حالة كورساكوف أو الهذاءات البارانويدية الاضطهادية والغيرية .

(جـ) مضاعفات اجتماعية :

وتنعكس في جميع أوجه حياة المدمن فتسوء علاقته مع العائلة ، ويصبح عنيفاً في علاقته مع زوجته ؛ مما يشجع على الانفصال أو الطلاق ويهمل ذاته وعمله ويقل إنتاجه ، وتهبط الثقة بمقدرته ويبدأ في الانعزال ، ويفقد كثيراً من اهتماماته وطموحه.

الأعراض الإكلينيكية لإدمان الخمر :

(أ) التسمم الحاد الكحولي (الخمار) :

يبدأ المريض بالإحساس بالنشوة وصعوبة التحدث في كلامه وسلوكه ونقص المهارة وتبلد الإدراك، ويلي ذلك اختفاء الموانع الاجتماعية والتقاليد ، ثم تظهر أعراض أخرى تميز الفرد المخمور ، مثل : ثقل في الكلمات ، ورعشة في اليدين وعدم الاتزان ثم الدوار والقئ ، وينتهي بغيبوبة ويصبح عرضة لنوبات من الإثارة والغضب لأتفه الأسباب .

ونلاحظ في غيبوبة الكحول : نقص درجة حرارة الجسم والتنفس العميق والنبض الضعيف وانخفاض توتر المنعكسات العصبية العميقة وزرقة الجسم أحيانا واحتباس البول مع رائحة تفوح من الفم والتنفس . ويجب تفرقة هذه الغيبوبة عن الصرع وارتجاج المخ ، وإن لم ينقذ المريض فوراً بالعلاج اللازم ، تنتهي هذه الغيبوبة بالوفاة .

(ب) الإدمان المزمن :

وقد سبق الكلام عنه في تصنيف مراحل الإدمان ، ونعني بذلك الإغراق في الخمر حتى تؤدي إلى :

١- فقدان القدرة على المهارة في العمل .

٢- اضطراب الحياة العائلية والاجتماعية .

٣- تحطيم الصحة الجسمية والعقلية كما سبق وصفها .

ويكون المريض عادة بديناً بعض الشيء ، يميل لونه للحمرة خاصة الوجه والأنف مع أعراض تليف الكبد ، والتهاب أطراف الأعصاب ، والكحة المزمنة والتهاب القصبة الهوائية ، والتهاب مشيمة العين ، مع إهمال في ذاته وتدهور خلقي وعقلي .

وأهم المضاعفات العقلية الآتى :

١ – الهذيان الارتعاشي (الهتر الرعاش) Delirium Tremens

وهو أكثر أنواع ذهان الكحول شيوعاً ، وسببه الرئيسى اضطراب تمثيل الكربوهيدرات فى المخ من نقص فيتامين ب المركب ، وتأثير ذلك على الخلايا العصبية . ويحدث الهذيان الارتعاشي بعد التوقف المفاجئ عن شرب الخمر ، أو بعد إجهاد، أو شدة نفسية أو جسمية تحتاج لكمية كبيرة من فيتامين (ب) المركب. وأهم الأعراض : الإنذارية للهذيان الارتعاشى ، القلق ، والكوابيس ، الفزع ، العرق الغزير ، الشعور بالعدوان ، الخداعات وأحيانا الهلاوس البصرية ، وغالبا ما يسبق الهذيان نوبة صرعية كبرى .

وأهم أعراض الهذيان الارتعاشى الآتى :

١– رعشة شديدة مستمرة فى اليدين، تمتد أحياناً إلى الرأس واللسان والجسم .

٢– تشوش فى الوعى مع فقدان الاستبصار والتعرف والإختلاط العقلى .

٣– التوتر وكثرة الحركة واحتمال الوقوع على الأرض والإصابة بالأذى أو الكسور والجروح .

٤– الهلاوس خاصة البصرية والمميزة برؤية حيوانات كالفئران ، والثعابين زاحفة نحو المريض ؛ ممايسبب له فزعاً ورعباً شديدين ، وكذلك يكون عرضة للخداعات ، فيتهيأ للمريض وقوع سقف الحجرة عليه ، أو أن الأرض تتحرك نحوه ... وهكذا .

٥– غالباً ما يفقد المريض الذاكرة لكل هذه الأحداث بعد شفائه ، ولكن بعض المرضى يتذكرون تفاصيل الهذيان .

٦– ترتفع درجة الحرارة ويغزر العرق ، وتجف الشفاه، ويكتسى اللسان بطبقة بيضاء ويقل البول ... إلخ .

وإذا ترك المريض دون علاج ، تنتهى هذه النوبة بعد ٣ – ٧ أيام بالنوم العميق لمدة تصل إلى ٢٤ ساعة ، ولكن يخشى على المريض أثناء هذه الفترة من إيذاء نفسه؛ ولذا يجب الإسراع بعلاجه .



Alcoholic hallucinosis

الهلاوس الكحولية

٢- **الضلالات البارانويدية** : Paranoid Delusions

وأهمها هذاءات الغيرة والتى تصل إلى حد الشك فى كل تصرفات الزوجة وتفتيش ملابسها الداخلية ومراقبة سلوكها داخل وخارج المنزل واتهامها بالخيانة مع أقرب الناس ؛ مما يحطم الحياة العائلية تماماً ، وتعتبر هذاءات الغيرة تعويضاً وإسقاطا عن الضعف الجنسى الذى يعانى منه مدمن الخمر .

٣- **الهلاوس الكحولية** : Alcoholic Hallucinosis

وتحدث الهلاوس كجزء من الهذيان تحت الحاد ، وهى أكثر ندرة من الهذيان الارتعاشى وتشابهه إلى حد ما ، ولكن دون تشوش فى الوعى . وتتميز بالهلاوس السمعية والخداع والأفكار الاضطهادية ، ويجب تفرقتها عن الفصام. ولكن لايوجد هنا اضطراب فى الوجدان أو التفكير ، وتختفى الأعراض بعد التوقف عن شرب الخمر، وهؤلاء الذين يستمرون بهذاءاتهم وهلاوسهم يحتاجون لعلاج الذهان .. بعد ذلك يكون الكحول هنا العامل الحافز لانفجار الاستعداد الوراثى للذهان .

٤- العته الكحولي : Alcoholic Dementia

ويندر حدوثه الآن بعد تقدم العلاج الطبي ، وينشأ من تكرار نوبات الهذيان الارتعاشي ؛ حتى يصاب المخ بضمور في خلاياه العصبية ، وتظهر هنا كل أعراض الاضمحلال العقلي .

٥- ذهان كورساكوف : Korsakoff's Psychosis

تصاب الأجسام الحلمية في الهيبوثلاموس وبعض المناطق في المخ المتوسط بنزيف وتليف في الخلايا العصبية ، ويظهر هذا الذهان بعد الهذيان الارتعاشي أو الهلاوس الكحولية أو أثناء النوبات الحادة من الإدمان ، ويتميز بفقدان للأحداث القريبة ، مع تحوير وتزييف الوقائع لملء الفراغ الموجود في ذاكرة المريض ، ويصاحب عادة هذه الأعراض العقلية التهاب بأطراف الأعصاب وتأثر القلب والكبد والمعدة ، ويتحسن المريض بالعلاج تحسناً بسيطاً ، ولكن عادة ما تتدهور حالة المريض .

٦- التهاب الدماغ الفيرنيكي : Wernicke's Encephalopathy

وقد سبق الحديث عنه مع نقص فيتامين ب١ ، ويؤدي إلى تشوش في الوعي ، مع تغيرات عقلية وشلل في عضلات العين ، وعدم التوازن والتهاب أطراف الأعصاب .

٧- مرض مارشيافافا : Marchiafava's Disease

لايظهر إلا نادراً وفي الرجال الإيطاليين ، ويبدو أن سببه بعض المواد المتعلقة ببعض أنواع النبيذ الإيطالي ، ويتميز بتشوش الوعي وهذيان حاد مع نوبات من التهيج وتدهور خلقي وانحراف جنسي وينتهي بالخرف .

(جـ) الشرب المرضي : Punch Drunckness

يؤدي شرب كميات بسيطة من الكحول في بعض الأفراد إلى أعراض عنيفة، على الرغم من قلة كمية الخمر مع اضطراب في الوعي والعنف والتهيج . ويظهر ذلك بوضوح في مرضى الصرع والشخصيات السيكوباتية ، وبعد ارتجاج المخ ، وفي المدمنين المزمنين .

(د) الانغماس الكحولى المتقتر : Dipsomania

تتناوب الحالة بين فترات شراب مرضية مع فترات طويلة من العودة للحالة العادية ، التى يشرب فيها الشخص ما تتطلبه المشاركة الاجتماعية ، أو يمتنع عن ذلك نهائيا . وعادة ما لاتوجد ضغوط نفسية خاصة تدفع الشخص إلى إطلاق فترات الانغماس ، والتى يمكن أن تبدأ بشكل انفجارى مفاجئ .

وتشابه هذه الحالة العصاب القهرى الوسواسى فى اندفاع المريض للشراب ، رغم معرفته بالضرر والعواقب ، ويعتبر الآن اضطرابات التحكم فى الاندفاعات .

العلاج :

(أ) المرحلة الحادة :

يجب أن يستريح المريض بالفراش لمدة ما بين ٢٤ – ٤٨ ساعة ، مع إعطائه سبارين ١٠٠مجم بالعضل كل ٨ ساعات خاصة فى المتهيجين ، أو العقار هيمنفرين فى الوريد بالنقطة أو ڤاليوم بالوريد مع فيتامينات مركبة ، وتنظيم المعادن والسوائل فى الجسم، مع منع الطعام لتجنب الغثيان والقئ الشديد ، مع مضادات الصرع .

ويستطيع المريض بعد يومين تناول طعام خفيف ، وأخذ العقاقير بالفم والاشتراك فى النشاط اليومى بالمستشفى ، ولامانع من إعطائه كميات محدودة من الأنسولين لفتح الشهية وتحسين الحالة العامة .



الامتناع عن الخمر (ديجاس)

(ب) المرحلة المزمنة :

يجب على المريض الاقتناع التام بالامتناع بتاتاً عن الخمر ، وأنه لايستطيع أن يشرب كميات بسيطة ؛ لعدم قدرة جهازه العصبى على الاكتفاء بقدر محدد ، ويلزم الإيمان بأن كأسا واحدة كفيلة بعودته لإدمانه مرة ثانية .

وتتلخص طرق العلاج فى الآتى :

١- العلاج النفسى :

إن مدمنى الخمر مرضى ، ويحتاجون لرعاية طبية واجتماعية شاملة ولايصح معاملتهم كمذنبين أو مجرمين ، ويجب تطبيق العلاج النفسى الفردى أو الجماعى وخاصة العلاج الأخير ، والذى يقلل من إحساس المريض بالعزلة والوحدة ، ويكسبه استبصاراً بحالته عندما يقارنها بحالة زملائه فى العلاج .

٢- العلاج الاجتماعى :

يجب على الطبيب بمساعدة الأخصائى النفسى والاجتماعى محاولة توفير العمل والسكن المناسب للمريض ، وتفسير طبيعة مرضه لعائلته ، ويجب تشجيعه على الاهتمام بأنواع أخرى من المعارف ، وكذلك الثقافة سواء كانت دينية أم رياضية، والاشتراك فى نوادٍ . وتوجد فى الخارج نواد مخصصة لمدمنى الخمر تسمى (الكحولى المجهول) : Alcoholic Anonymous ؛ لمساعدة المدمن الذى توقف عن الشرب وراودته الرغبة للعودة ، فهنا يتصل بالنادى الذى يرسل له فوراً من يشاركه الصحبة ويشجعه على المقاومة ، بدلاً من الاستسلام ، دون أن يعرف أحد اسم الآخر حتى تصبح السرية مضمونة .

٣- العلاج الفسيولوجى :

(أ) بإعطاء المهدئات والمطمئنات ومضادات الاكتئاب لمقاومة التوتر والقلق المصاحب لتوقف الكحول .

(ب) العلاج السلوكى الكاره أو المنفر : Aversion Therapy

والغرض من هذا العلاج تكوين فعل منعكس شرطى جديد ، يربط الخمر بالإحساس بالألم والاشمئزاز والنفور ، بدلاً من اللذة المعروفة ، ويستعمل فى هذا العلاج عدد من العقاقير .

(١) أبومورفين أو أميتين : وتعطى حقنة عضلية من أحدهما صباحاً . ومن خصائص هذه العقاقير ظهور أعراض، مثل: الغثيان والقئ وآلام ومغص معوى بعد حوالى نصف ساعة، وهنا نسرع بإعطاء الخمر للمريض ، فيبدأ فى الشعور بالأعراض السابقة أثناء شربه الخمر ، وبتكرار هذه العملية يتكون عنده الفعل المنعكس الشرطى ، الذى يربط رائحة الخمر أو شربها بالقئ والألم فيمتنع ويبتعد عن شربها .

(٢) انتابيوز : يمنع هذا العقار أكسدة الكحول ، ومن ثم يتجمع مركب كيميائى فى الدم (اسيتالدهايد) مسبباً صداعاً شديداً ، وسرعة فى النبض والشعور بالاختناق والغثيان والقئ ، وذلك كلما شرب المريض الخمر . ومن هنا يبدأ فى الخوف من شربها نظراً لهذه الأعراض البغيضة ، ويعطى هذا العقار فى هئية أقراص من ٠,٥ - ١مجم يوميا ، ولايصح إعطاؤها للمسنين أو مرضى الكبد أو القلب أو الشخصيات السيكوباتية الخطرة .

(٣) تمبوسيل : ويتشابه مع الانتابيوز ولكن أعراضه الجانبية أقل ، ويعطى فى هيئة أقراص من ٥٠ - ١٠٠ مجم يوميا .

مآل إدمان الخمر :

يعتمد مصير المرض على شخصية المريض قبل الإدمان ، فيتحسن المريض ذو الشخصية السوية أو المصاب بالاكتئاب أو الفصام، أما هؤلاء ذوى الشخصيات السيكوباتية ، فهم دائمو التردد للعلاج والشفاء والعودة للخمر .. وهكذا.

(٤) دلت الأبحاث الحديثة على فاعلية العقار نالتركسون والمضاد للمستقبلات الأفيونية فى الابتعاد عن الكحول وتقليل اللهفة عليه .

(٥) لوحظ أن قولبة الموصل العصبى السيروتونين تقل فى المدمنين على الكحول ؛ ولذا اتجه العلاج لإعطاء العقاقير التى تزيد من نسبة السيروتونين فى المشتبكات العصبية بالمخ ، سواء العقاقير المانعة لاسترجاع السيروتونين والمستعملة فى الاكتئاب والوسواس مثل الفلوكسوتين ، الفلوفوكسامين ، والسيرترالين ، وكذلك العقاقير المشاركة للسيروتونين مثل البسبيرون .

ونستطيع أن نعطى النسب الآتية لمآل مرضى الكحول ؛ حسب الأبحاث العالمية حيث يشفى حوالى من ٢٠ - ٣٥٪ ، ويتحسن حوالى الثلث مع نوبات انتكاسية من العودة للخمر ، وتفشل البقية فى الشفاء .

الحشيش :

الحشيش هو خلاصة قمة زهور نبات الكنابيس (القنب) ويمكن تدخينه أو شربه مع الشاى والقهوة ، أو مضغه مباشرة ، ويعتبر من المشكلات المهمة فى الشرق الأوسط ، وقد عرف فى هذه المنطقة منذ حوالى خمسمائة عام ، وانتشر استعماله

تطبيقاً للنظرية الخاطئة بأنه منبه جنسي ، ويسبب إطالة العملية الجنسية ، ولايوجد ما يؤيد ذلك عمليًا ، ولكن يبدو أن تثبيط وخفض عمل القشرة المخية من تعاطى الحشيش يعطى انطلاقا وحرية للغرائز ، دون أى إحباط من التقاليد الاجتماعية .

والمادة المنشطة فى نبات القنب هو «التتراهيدروكنابينول» ، ويكثر فى الحشيش تليها الماريجوانا وأقلها فى البانجو ، وهو من أوراق شجرة القنب ، وقد زاد انتشاره فى مصر نظراً لثمنه الرخيص .

ويختلف البعض فى اعتبار تعاطى الحشيش إدماناً أو تعودا ، فيتفق الباحثون على أن الفرد لايعانى من أعراض جانبية عند توقفه عن الحشيش ؛ مما يجعله عقاراً للتعود وليس للإدمان ، وأعتقد أن ذلك يختلف حسب الفرد، فبعض مدمنى الحشيش لايستطيعون التخلى عنه ، وإن توقفوا عن تعاطيه يصابون بأعراض جانبية ، وهنا نستطيع أن نقول إنهم مدمنو حشيش ، والبعض الآخر يتمكن من الامتناع عنه فى أى وقت دون ظهور أية علامات أو مضاعفات ، وبالطبع فهؤلاء هم المتعودون .

ويسبب تعاطى الحشيش شعوراً بحسن الحال ، وخفة فى الرأس ونشوة مع كثرة الكلام ، وزيادة القدرة الحركية مع اضطراب قدرة التعرف على الزمان والمكان ، وانعدام الإحساس بمرور الزمن ، وإن زادت الجرعة يسبب إرهاقاً واختلاطاً عقليا مع ظهور علامات ذهانية وهذيان تحت حاد ، وهلاوس بصرية وسمعية مع الإحساس بالرعب واختلال الآنية .

وعادة ما يشغف متعاطى الحشيش بالسكريات ، ويبدو أن للحشيش خاصية إنقاص السكر فى الدم ، كما أنه مدر للبول ، ومخفض لضغط الدم .

وقد وجد سويف ١٩٦٧ فى بحثه عن الحشيش فى مصر أنه غالباً ما يبدأ المرضى فى تعاطى الحشيش ، قبل سن العشرين ، وسبب ذلك الانضمام إلى مجموعة من الأصدقاء والبحث عن النشوة وحب الاستطلاع ، ومحاولة تقمص دور (الرجل) ، وأخيرا اللذة الجنسية .

وعادة ما نلاحظ تاريخاً عائليًا لدى هؤلاء المرضى لتعاطى الحشيش ، وقد وجد د. سويف ١٩٧٣ أن كثيراً من هؤلاء يعانون من بعض القلق ، وأن التأثير المباشر للحشيش يحدث اضطراباً فى الإدراك بحيث تطول المسافات وتختلف الأحجام ، وتهتز حدود الأشياء ، وتبدو الألوان أكثر زهواً ، ويقل الإنتاج أثناء تعاطى الحشيش ، أو عند الرغبة فى تناوله . ولكن هذا الانخفاض وقتى مرتبط بمدة التعاطى ، وقد شكا

البعض من اضطراب الذاكرة ، ولكن أصرت الغالبية على حدة الذاكرة وسهولة حل المشاكل مع تعاطى الحشيش .

وقد وجد ترابط إيجابى بين تعاطى الأفيون والسلوك الإجرامى ، ويصبح هذا الترابط سلبياً مع الحشيش ، ودلت الأبحاث المعملية أن تعاطى الحشيش لمدة طويلة يخفض من نسبة هرمون الذكورة فى الدم، ويؤدى إلى تضخم فى ثدى الرجل وتشوهات فى الجنين إن حدث الحمل أثناء التعاطى .

وأعتقد أن الذهان الذى سبق ارتباطه بالحشيش ، سببه الاستعداد الوراثى للذهان ، ويلعب الحشيش هنا دور العامل المفجر لهذا الذهان وتدل الأبحاث إلى أن حوالى ٤٠ ٪ قد يصابون بالذهان، وقد سبق استعمال الحشيش فى عملية التفريغ العقلى فى العلاج النفسى بنتائج مشجعة ، ولكن كثيراً ما أصيب بعض المرضى بأعراض عصابية أو ذهانية ، بعد تناولهم الحشيش للمرة الأولى .

ولايسبب الحشيش عادة تدهورا فى العادات الاجتماعية والخلقية إلا من حيث ضرورة الاختلاط بمختلف الطبقات الاجتماعية وإختفاء الطموح وظهور اللامبالاة ، وإن حدث تدهور فيكون سبب ذلك إدمان الحشيش مع الكحول أو الأفيون أوعقاقير أخرى .

المورفين (الأفيون) :

إن الأثر الأساسى للمورفين هو زيادة التأثير الكفى (المانع) لقشرة المخ على مراكز الإحساس بالمهاد .. إلخ ، ومن ثم يقل الشعور بالألم ولايوجد فى الطب للآن عقار له قوة المورفين لتخفيف الآلام الجسمية .

والمورفين هو أهم مشتقات الأفيون العديدة ، مثل : كودين ، هيروين ، ثيبين ، يونين ... إلخ ، والكل يؤدى إلى الإدمان ، وأخطرها هو الهيروين الذى يتم تعاطيه بالاستنشاق أو الاحتراق أو بالوريد . وأحيانا يدخل الكودين فى مركبات السعال ومسكنات الآلام ، ويؤدى للإدمان فى الأفراد المهيئين بطبيعتهم لذلك.

وعندما يؤخذ الأفيون بالفم ، يمتص سريعا من الأمعاء ، ويتأكسد فى الكبد ويتنبه الجهاز الباراسمبثاوى بالمورفين ؛ مما يؤدى إلى ضيق حدقة العين وبطء النبض وزيادة اللعاب والعرق وإفرازات الشعب الهوائية مع التجشؤ والقئ ، وأحياناً يؤثر على مراكز التنفس فى المخ بدرجة تهدد حياة الفرد . ويميل لإدمان الأفيون بعض الشخصيات المميزة مثل الفصاميين والعاجزين ومضطربى الشخصية ، والذين

يميلون للاتجاه السوداوى ، ولايتحملون الألم البدنى . ويتعاطى المدمن الأفيون نظراً لأثره فى تخفيف الآلام ، وكذلك للإحساس بالانتعاش والنشوة اللذيذة فى بداية الأمر.

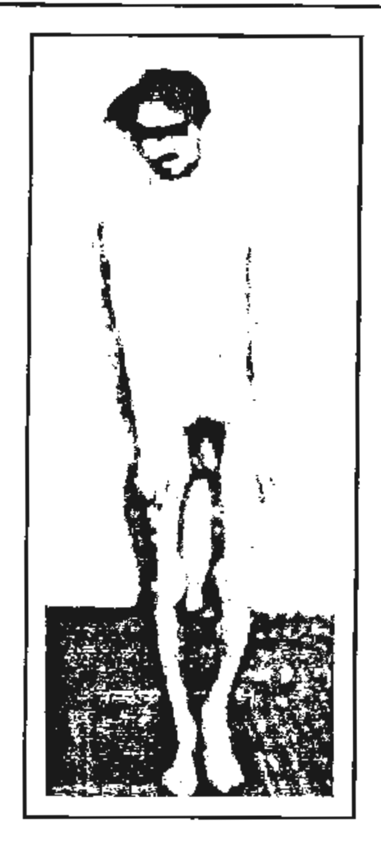
ويبدأ المدمن عادة فى تعاطى الأفيون ما بين سن ٢٠ - ٢٩ عاماً، ولاتحتاج الشخصية غير السوية أكثر من عشرة أيام من التعاطى المستمر ؛ لكى تصبح أسيرة العقار ومدمنة . أما الشخص السوى المتوافق اجتماعيا ، فيتحول إلى مدمن بعد ٢٠-٢٥ يوماً من التناول الدائم ، إذ لايوجد الفرد ذو المناعة القوية ضد الأفيون ، ولذا لايصح استعماله لمدد طويلة ، مهما تكن الآلام إلا فى حالات السرطان النهائية .

وتظهر علامات الإدمان على المدمن سريعاً ، فنجده ضعيف البنية ، واهن الجسم ، فاقد الشهية للطعام ، مع ضيق حدقة العين ، ووجود آثار ندبات الحقن فى ذراعه واضطرابات فى الأطراف وضعف جنسي واضح ، ثم يبدأ فى الأعراض العقلية فى هيئة تدهور خلقى واضمحلال اجتماعى .. وميل للغش والسرقة والكذب والسلوك الإجرامى بوجه عام ، وينتهى إلى السجون أو التشرد فى الطرقات حيث يلتقطه بعض المجرمين ، ويستعملونه فى أعمالهم المضادة للمجتمع بإعطائه حقنة المورفين التى تصبح الهدف الوحيد لحياته ، والمحرك الأساسى لسلوكه .

وعادة ما يلجأ المدمن فى محاولته اليائسة للابتعاد عن الأفيون إلى عقاقير أخرى مثل الخمر ، أو الأقراص المنومة .. إلخ ، ولايوجد للآن دليل عملى يثبت أن للأفيون مضاعفات ذهانية، أو أنه يسبب اضمحلالا عقليا .

ويمر مدمن الأفيون بآلام قاسية شديدة عند محاولته التوقف عن تعاطيه دون علاج ، وأهم هذه الأعراض : الاكتئاب والتوتر والقلق ، والتهيج العصبى ثم فقدان الشهية للأكل والتجشؤ والقئ والتثاؤب والعرق الغزير والارتعاش بكل الجسم، مع إسهال قاس وآلام مبرحة فى كل أجزاء الجسم ، مع الأرق الشديد ؛ مما يجعل المريض فى حالة يرثى لها ، ويتطوع أقرب الناس إليه لإحضار الأفيون ؛ ولذا ننصح دائماً بعلاج الإدمان فى المستشفيات الخاصة بذلك ؛ حتى لايتعرض المريض لهذه الآلام ولايتعرض الأقارب لرؤية مريضهم بهذه الحالة .

وقد اكتشف حديثاً العقار المضاد لكل مشتقات الأفيون ، وهو نالاكسون (ناركان)، ويستعمل فى الحالات التى ينكر فيها المريض تعاطيه للأفيون ، وهنا يعطى هذا العقار الذى يسبب فوراً أعراض توقف أعراض الأفيون السابق ذكرها إذا كان فعلا يتعاطاه لأنه يضاد عمل الأفيون .



إدمان المورفين

ويجب اتباع الوسائل الآتية فى علاج إدمان الأفيون :

(١) إصرار الطبيب على دخول المريض لإحدى مستشفيات الأمراض النفسية، ويوجد حاليا فى مصر مراكز لعلاج الإدمان ، ولها عياداتها الخاصة .

(٢) سحب العقار من المريض تدريجيا إن كانت حالته البدنية مريضة ، أو فجأة إذا كانت صحته تساعد على ذلك ، علماً بأن حوالى من ١٠ – ٢٠ ٪ لايعانون من أعراض الانسحاب .

(٣) تنويم المريض بعقاقير مثل لارجاكتيل ، سبارين والمطمئنات خلال الخمسة أو الستة أيام الأولى، مع إعطاء عقاقير لتخفيض الألم ، وضد الإسهال وضد الأرق .

(٤) السوائل ، والجلوكوز والمعادن والفيتامينات اللازمة ؛ خاصة خلال فترة فقدان الشهية والقئ والإسهال مع مضادات القلق والاكتئاب .

(٥) إعطاء المريض بعض وحدات الأنسولين لتحسين الشهية ولتأثيره المهدئ على الفرد .

(٦) الحرص التام والإشراف الدقيق على الزوار والمرضى ؛ لأن المدمن له طرقه الجبارة ووسائله الذكية للحصول على الأفيون ، حتى وهو فى المستشفى، ويجب عدم الثقة به فى بدء العلاج .

(٧) العلاج النفسى والاجتماعى والتأهيلى بعد المرحلة الحادة ، وللأسف لاتوجد عقاقير للعلاج السلوكى الكاره مثل الخمر ، ولكن يوجد عقار التركسان ، وهو مضاد للأفيونات ويفقدها تأثيرها على المخ .

وتقل درجة الشفاء فى إدمان الأفيون عن أنواع الإدمان الأخرى ، وتتراوح نسبة الشفاء ما بين ١٠ – ٤٠٪ من كل الحالات ، ويعتمد التحسن على شخصية المريض واهتمام الأهل وطريقة العلاج وطول مدة الإقامة بالمستشفى .

الهيروين :

هو أحد مشتقات الأفيون ، ويتميز متعاطى الهيروين باضطراب الشخصية مع سلوك ضد اجتماعى وتدهور اجتماعى وفشل مستمر فى العمل ، وعادة ما يتناول المريض عدة عقاقير أخرى فى الوقت نفسه، مثل : الحشيش والكوكايين والأمفيتامين. وتعطى حقنة الهيروين تغيرات ، تستمر من حوالى ٢ – ٣ ساعات كالشعور بالانفصال عن العالم الواقعى ، وقلة التركيز ، ورفض الطعام ، وحكة فى العيون ، والأنف والذقن ورغبة فى الهرش فى الأيدى والأرجل ، ولايتحمل الإزعاج لأى مؤثر خارجى.

وعندما يبدأ تأثير الحقنة فى الزوال ، يبدأ المدمن فى الإحساس بالتوتر والعصبية والعرق والتثاؤب مع إفرازات من العين والأنف ، وعادة ما يعانى مدمن الهيروين من التهابات الكبد والتسمم والأمراض التناسلية ، وجلطات فى الأوردة... إلخ .



استنشاق الهيروين

ونستعمل أخيراً عقار النالتركسون (تركسان) فى العلاج والوقاية ، وهو يلتصق بالمستقبلات الأفيونية فى المخ، ومن ثم مع تعاطى الهيروين تصبح المستقبلات الأفيونية غير قابلة لتأثير الهيروين، بل تحدث أعراض جانبية شديدة، ويفقد الهيروين تأثيره ويصاب الفرد بأعراض الانسحاب ، ويعطى المريض قرص صباحاً يوميًا لمدة عدة شهور ، ويحاول المريض أحياناً التلاعب فى بلع القرص ؛ ولذا يجب الحرص والتأكد من ابتلاعه للعقار ، حتى تنطفئ عادة الهيروين ، ويستحسن إعطاؤه فى الشخصيات ، التى لاتكون فى تاريخها سمات ضد اجتماعية .

يعتبر علاج الميثادون الممتد المفعول أفضل العلاجات الكيميائية لإدمان الهيروبين، ويعطى المريض ما بين ٦٠ – ١٢٠ مجم يوميًا بواسطة برامج، يشترك فيها الممارس العام ، والصيدلى ، والذى يعطى المدمن هذا العقار يوميًا ويبلغ الطبيب المختص، والميثادون هو عقار يشابه الهيروبين فى تأثيره على المستقبلات الأفيونية فى المخ ، ولكن ليس له قوة الإدمان واللهفة والتدهور الخلقى والاجتماعى الذى للهيروين حيث ثبت أنه يخفض من إقتراف الجرائم.

ونظراً لأنه يسبب نوعاً من الإدمان ، ويحتاج لبرنامج وتوعية مجتمعية وهيئة مدربة على هذا العلاج مع نظام صحى متقدم ، نصحت اللجنة العلمية للمجلس القومى لمكافحة المخدرات بعدم استعماله فى مصر .

ويستعمل الآن بنجاح ، ولكن أقل انتشاراً من الميثادون عقار ليفو ألفا أسيتيل ميثادول .

وأخيرا ظهر عقار «البيبرينورفين» وهو مشارك للمستقبلات «ميو» الأفيونية بالمخ ، ويعطى تحت اللسان ، ويستعمل فى بعض البلدان الأوروبية ، ولكن لم يسمح به بعد فى الولايات المتحدة ؛ نظراً لاحتمالات سوء استعماله .

وأخيرا مضادات مستقبلات الأسبرتيت فى المخ مثل عقار «أكامبرونيت» ، وكان لها بعض التأثيرات على اللهفة فى الهيروين ، وكذلك فى الكحول .

الكوكايين :

يؤخذ الكوكايين بالحقن تحت الجلد أو الاستنشاق ، وله تأثيره التخديرى على الفرد ، مع التنبيه والشعور بحسن الحال والنشوة وينشط الجهاز العصبى السمبتاوى (عكس المورفين) ؛ فيسبب اتساع حدقة العين وشحوب اللون وسرعة ضربات القلب وارتفاعاً بسيطاً فى درجة الحرارة .

ويشعر مدمن الكوكايين عند تعاطيه للمادة مباشرة بنشوة ، ومناعة ضد التعب والإرهاق ، مع قوة عضلية واضحة والدقة والبراعة فى الأفكار واتخاذ القرارات .

والإدمان للأفيون والكوكايين معاً ، أكثر شيوعاً من إدمان الكوكايين فقط، لأن الأخير يضاد بعض أعراض الأفيون الجانبية من سلبية ، وكسل وخمول ، ويميل الكوكايين إلى إثارة الرغبة الجنسية فى النساء ، ولكن لايوجد ما يثبت الادعاء السابق بأنه يوجه الرجال للإستجناس (الجنسية المثلية) ، وينتشر استعمال الكوكايين بين الشخصيات غير الاجتماعية والعاهرات .

ويستمر ذهان الكوكايين لشهور إذا استمر المدمن فى تعاطيه ، ويتميز هذا الذهان بالآتى :

(١) هذيان تحت الحاد ، مع تقلبات مزاجية ، أرق ، كثرة الحركة وهلاوس سمعية وخداعات أثناء الليل ، مع بعض الضلالات التفسيرية .

(٢) هلاوس حسية ، وهى مميزة لذهان الكوكايين ؛ حيث يشعر المريض

وكأن ثمة حيوانات أو ديداناً أو نملاً أو بقاً يسير على يديه ، مع الإحساس بوجود أجسام غريبة تحت الجلد .

وأهم الأعراض الناتجة عن توقف تعاطى الكوكايين فى المدمن ، هى: الأرق وزيادة ضربات القلب والاتجاه العدوانى ، ويتميز المدمن بوجود قرح على أغشية الأنف الداخلية لاستمرار استنشاق الكوكايين ، مع اختراق الحاجز الأنفى العظمى فى بعض الأحيان. وعادة ما تكتشف بعض حبيبات الكوكايين فى منديل المريض ، ويجب أن نفرق ذهان الكوكايين عن الهذيان الارتعاشى الكحولى ، وكذلك عن الفصام .

ويؤدى إدمان الكوكايين إلى انهيار الحالة الجسمية والعقلية ، ويجب على المريض الراغب فى العلاج الابتعاد عن الصحبة السابقة واختيار مكان آخر للسكن أو للعمل . ويلزم للشفاء التوقف عن العقار مرة واحدة ، مع إعطائه بعض المهدئات والمنومات فى أول الأمر .

وحيث إن الكوكايين يعمل مثل كل المنبهات كالأمفيتامين من خلال الموصل العصبى الدوبامينى ؛ لذا فإعطاء العقاقير التى ترفع نسبة الدوبامين قد تفيد فى لهفة الكوكايين مثل الديسيبرامين والبوبروبيون .

عقاقير الهلوسة :

(١) مسكالين :

يستعمل هذا العقار بين الهنود الحمر فى الاحتفالات الدينية ، ولكنه لايسبب إدماناً ، وتتشابه أعراضه مع الحشيش ، ويختلف عنه فى اختفاء الأعراض الأولية للحشيش مع الشعور بالبهجة ، وكثرة النشاط . وأهم مميزات المسكالين الهلاوس البصرية الملونة ، وكأن المريض يرى فيلما سينمائيا ملونا ، مع الشعور باختلال الإنية والعالم ، بل وحدود الفرد والأشياء التى أمامه، مع اضطراب الإحساس بالزمن والخداع ، فى وجود تشوش فى الوعى .

(٢) الحشيش :

وقد سبق الحديث عنه .

(٣) ل. س. د : حامض ليسيرجيك ديثيلاميد

Lysergic Acid Dithylamide (LSD)

انتشر الحديث عن هذا العقار أخيراً ، نظراً لإدمانه بواسطة فئة من المثقفين فى

أوروبا والولايات المتحدة ، وتسمى حفلات تعاطيه بحفلات الحامض (Acid) ، ويحدث هذا العقار تأثيره بكميات بسيطة تتراوح ما بين ٠,٠٣ – ٠,٠٦ مجم ، ويختلف تأثير ل. س. د حسب الفرد ، فأحياناً يسبب أعراضاً مرحية أو اكتئابية أو فصامية أو مزيجا من الثلاثة معاً ، ولايصح إعطاؤه للذهانيين ؛ حيث يزيد من شدة مرضهم .

و قد إنتشر فى العالم أخيراً عقار أو حبوب النشوة ، ويستعمل مع الحامض فى الحفلات حيث يشعر الفرد بذهو وسعادة تجعله فى حالة من التواصل العاطفى وحب الجميع..!

ويشعر الفرد بتأثير العقار بعد نصف ساعة ، ويصل لأقصاه بعد حوالى ٤ ساعات وأحيانا يستمر مفعوله من ٨ ساعات إلى عشرة أيام ، ويمكن تعاطيه بالفم أو العضل أو بالوريد ، ويبدو أنه من خلال تأثير العقار على الموصلات العصبية فى المخ، ينتج أعراضه المميزة ، والتى هى :

١– الدوار ، الغثيان، الصداع ، وجفاف وتنميل الفم .
٢– اضطرابات الإدراك ، وتغير الألوان ، وحدود الأجسام المرئية بحيث يصبح الكبير صغيراً أو العكس ، بل أحيانا تجريد الجسم عند رؤيته من بعض أعضائه ، مع اختلال معرفة الزمن والإحساس بتغير العالم .
٣– يتراوح تغير المزاج من البهجة إلى الاكتئاب .
٤– تذكر الحوادث المؤلمة فى حياة الفرد ، وإعطاء تفاصيل وافية عنها ؛ مما يستغل فى عملية العلاج النفسى .

ونستطيع إيقاف هذه الأعراض بإعطاء من ٥٠ – ١٠٠ مجم لاركاكتيل فى العضل، ويستعمل ل. س. د من الناحية الطبية فى عمليات التفريغ العقلى فى الحالات الآتية :

١– مرضى القلق والهستيريا .
٢– مرضى الوسواس القهرى .
٣– اضطرابات الشخصية والانحرافات الجنسية .
٤– تداعى حر؛ حيث استعمل فى علاج التلعثم بواسطة المؤلف ١٩٦٦؛ لخلق مناخ حر من العلاج النفسى ، دون الإحساس بالقلق مع مساعدة عملية التفريغ العقلى وتذكر المواد المكبوتة .

وقد امتنعت الشركة المنتجة له عن توزيعه بعد حوادث الإدمان والانتحار ، ولايعطى حاليا إلا تحت إشراف طبى بالمستشفيات ، وكذلك نشرت أخيراً بعض التقارير عن تأثير العقار فى تشوه الجنين إذا أعطى للحوامل .

(٤) عقار النشوة (ECSTASY) :

وانتشر فى العالم أخيراً عقار أو حبوب النشوة، ويستعمل مع الحامض فى الحفلات حيث يشعر الفرد بزهو وسعادة تجعله فى حالة من التواصل العاطفى وحب الجميع..!! وقد أصبحت هذه الحبوب أكثر المواد الإدمانية إنتشاراً لما تسببه من إحساس بالسعادة والسكينة وخاصة فى حفلات الشباب فى البلاد الأوروبية والتى عادة ما يتناولها الشباب مع الكحول والحشيش ، وتعمل من خلال الموصل العصبى السيروتونين، وقد تؤدى مع كثرة استعمالها لارتفاع فى درجة الحرارة وتصل أحياناً إلى درجة الغيبوبة ثم الوفاة .

(٥) سرنيل :

وهو أحد العقاقير الحديثة للهلوسة ، ويشابه فى تأثيره وأعراضه عقار ل. س. د، ولكن لوحظ تأثيره الأقوى فى حالات الوسواس القهرى (ديفيز - عكاشة ١٩٦١) .

أسباب الإدمان

منذ بدء الخلق والإنسان يحاول تعتيم الوعى والهروب بطرق مختلفة . ويجب أن نتحلى بالقناعة فى استحالة المنع التام للسلوك الإدمانى فى أى مجتمع، ولكن محاولة تخفيض وطأته وتخفيض الطلب .

لايوجد سبب مباشر للإدمان ، ولكنه تراكم عدة عوامل ، مع استعداد خاص بيولوجى فى الفرد .

أولا: العوامل البيولوجية :

(١) الوراثة : لوحظ أن الإدمان يزيد فى عائلات معينة ؛ حيث إن مدمن الكحول (على سبيل المثال) يزيد الإدمان بين أطفاله إلى أربعة أمثاله لدى أطفال الآباء غير المدمنين .. كما لوحظ أن التوائم المماثلة يزيد الإدمان لديها إلى الضعف عنه بين التوائم غير المتماثلة ، ويحتمل أن ينتقل إدمان الكحول إلى الطفل ، عن طريق مستقبلات مخية بتأثير صبغات وراثية .

(٢) وجود آلام جسمانية مزمنة ، مثل : آلام المفاصل والآلام السرطانية الناتجة عن ورم سرطانى .

(٣) إدمان الأم أثناء الحمل يجعل الطفل يولد ، ولديه اعتماد فسيولوجى .

(٤) احتمال اضطراب غير مميز فى المستقبلات الأفيونية أو مستقبلات الجابا.

ثانيا : العوامل النفسية :

(١) وجود مرض نفسي ، مثل : القلق والاكتئاب ومحاولة الشخص علاج نفسه، بعيداً عن الذهاب لطبيب نفسى، حتى لايقال عنه إنه مجنون . وقد وجد المؤلف فى أحد أبحاثه أن حوالى من ٣٠ – ٤٠ ٪ من المدمنين يعانون من القلق والاكتئاب أو خليط منهما .

(٢) ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية التى ترتبط بالميول الفمية.

(٣) سلوك مستمر باحث عن اللذة والإشباع الفورى .

(٤) العناد والرغبة فى المقامرة المدمرة لوجود عدوان موجه ضد الذات (تحطيم ذاتى غير مباشر) .

(٥) الإحباط وغياب الهدف واشتداد المعاناة فى أزمة الهوية ، التى يبحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه .

(٦) القابلية للاستهواء بواسطة رفاق السوء .

(٧) وجود أفكار خاطئة ، مثل : زيادة الطاقة الجنسية بواسطة المخدرات، والعكس هو الصحيح .

ثالثاً : العوامل الاجتماعية :

(١) اضطراب الأسرة وعدم استقرارها أو وجود غربة بين أفرادها أو سيطرة الأب الباعثة على التمرد ، أو إدمان أحد الوالدين ، بالإضافة إلى الطلاق أو الانفصال بين الوالدين أو غياب أحد الوالدين بالعمل المتواصل أو بالهجرة ، وتفكك الروابط الأسرية التى فرضتها قيم المدنية وخروج المرأة للعمل ، وتقلص دور الأم فى حياتها ، وإدخال أجهزة (مثل التلفاز) قللت من الحوار بين أفراد الأسرة الواحدة.

(٢) تخبط المجتمع وعدم وضوح الرؤية وغياب هدف قومى عام وغياب القدوة .

(٣) نقص مشاركة الشباب ، وعدم وجود دور واضح لهم فى المجتمع والمنظمات السياسية .

(٤) الإحباط الجماعى لقدرات الشباب بغياب التطلع لفرصة عمل حقيقية ، حيث البطالة مقنعة والغالبية تنتظر فى طابور القوى العاملة ، وحيث قروش قليلة لاتسمن ولاتغنى من جوع لقاء ذلك.

(٥) سوء العملية التعليمية التى تركز على حشو الرأس وقهر الطفل وجعله فى موقف المتلقى السلبى ، وهو الأمر الذى ينمى اعتماديته والقابلية للاستهواء ، وجعله يقبل ما يعرض عليه دون نقاش أو تفكير .

تشير الدلائل الحديثة إلى أن هناك تغيرات طرأت على موقف المخدرات فى مصر منذ سنة ١٩٨٣ ، وأن مشكلة تعاطى المخدرات وسوء استعمال العقاقير والكحوليات، خاصة بدخول السموم البيضاء، تنذر بأفدح الخسائر المادية والنفسية والأسرية والاجتماعية ، وتبرز خطورة هذه الظاهرة ، مظاهر الانحراف السلوكى والاجرامى ، التى لم يعرفها المجتمع المصرى من قبل .

إن سوء استعمال الهيروين والمخدرات الأخرى يكلف مصر سنوياً عدة مليارات .

وعلى العكس من بعض المخدرات الأخرى الموجودة فى مصر مثل الحشيش، والتى تستعملها أعداد مميزة من الناس ينتمون لطبقات اجتماعية محددة، نجد أن الهروين ينتشر بين الشباب الذين ينتمون إلى طبقات اجتماعية مختلفة .

هذا التغيير الواضح فى مجموعة المدمنين وجه نظرنا إلى الاهتمام بدراسة الجوانب الاجتماعية المختلفة لهذه المشكلة ، ومحاولة استقصاء العلاقة بين هذه التغيرات الاجتماعية والمتغيرات السيكوديمجرافية للمتعاطى .

وفى دراسة حديثة (عكاشة – فهمى ١٩٩٠) تناولت ٧٨ مصريا متعاطيا للهيروين قيد العلاج من الاعتماد على الهيروين فى مصحتين خاصتين لعلاج الأمراض النفسية بالقاهرة الكبرى . وكان تشخيص حالتهم جميعا هو سوء استخدام الهيروين وتعوده طبقا للتقسيم الأمريكى للأمراض النفسية . وقد طبق البحث على مجموعة ضابطة من المصريين عددهم أيضا ٧٨ ، ولم يسبق لهم تعاطى الحشيش أو أى مواد مخدرة ؛ للمقارنة ولحسن استبيان النتائج ، وقد تم اختيارهم على أساس التشابه، من حيث: العمر والسكن والظروف الاجتماعية والاقتصادية.

وبمراجعة نتائج هذا البحث ، وجد أن معظم متعاطى الهيروين والعينة الضابطة من الحضر ؛ خاصة من القاهرة الكبرى (٨٦,٢ ٪) ، وقد كانت أعمارهم تتراوح ما بين ٢٠ –٥٠ عاماً ، كان متوسط أعمارهم على التتابع هو ٢٨,٦٥ (±٦,٩) و٢٨,٥٩ (±٥,٤) أى إن أعمارهم كانت شبه متطابقة ، استنادا إلى تقسيم دافيد. ١٩٧٥) . وبالرجوع إلى وظيفة الأب ، لم نجد أى فروق جوهرية دالة بين المستوى الاجتماعى والاقتصادى للمتعاطين والعينة الضابطة .

استناداً إلى التقسيم نفسه، وجدت فروق جوهرية دالة بين المستوى الاجتماعى والاقتصادى للمتعاطين والعينة الضابطة ، وكان المنوال الوظيفى للمتعاطين هو (٢) ، وللعينة الضابطة هو (١) .

لم توجد أى فروق جوهرية دالة بين المجموعتين ، من حيث : الحالة الاجتماعية ، وعلى الرغم من ذلك لم توجد حالات طلاق أو تعدد زوجات فى العينة الضابطة.

أما بالنسبة للخلفية الأسرية وللجو الأسرى العام .. لم توجد بينهم أى فروق جوهرية دالة، من حيث : عدد أفراد الأسرة أو الظروف السكنية ، ورغم ذلك وجدت بينهم فروق عالية الدلالة فى الجو الأسرى العام، وأنواع العلاقات التى تربط بين والديهم .

كذلك وجدت فروق جوهرية دالة بين نظرة المتعاطين وغير المتعاطين لوالديهم ، كانت صورة الأب سلبية بالنسبة لمعظم المتعاطين ، حيث كان الأب يتميز بأنه غائب معظم الوقت (٣٦,١ ٪) ، وعصبى المزاج (٤٠,٣ ٪) لايحاول مطلقاً أن يتفهم أو يحترم رغبات ومشاعر ابنه (٥٤,٢ ٪) ، ويسئ استخدام المواد المخدرة (٣٥,٥ ٪) وغير متدين (٥٤,٨ ٪) .

كانت صورة الأم أفضل من صورة الأب بالنسبة للمجموعتين . ورغم ذلك، كانت صورة الأم أفضل بفرق عالى الدلالة فى المجموعة الضابطة عن مجموعة المتعاطين .

وجد أن عائلات المتعاطين والعينة الضابطة تمثل الأسرة المصرية التقليدية؛ حيث الأب هو دائما القائد ومركز السلطة ومصدر الدخل الرئيسى والأم فقط هى ربة البيت .

كان سوء استخدام المواد أكثر بدرجة دالة فى أسر متعاطى الهيروين عنه فى أسر العينة الضابطة .

أما بالنسبة لمستواهم التعليمي وتحصيلهم الاكاديمي .. فقد وجد أن المستوى التعليمي مرتفع بدرجة دالة في العينة الضابطة عنه في المتعاطين .

وقد جد أن من أهم أسباب التعثر الدراسي في المتعاطين ما يلي :

١- عدم الاهتمام وفقدان الدافع (٩٣,٧٪) .

٢- التأثير القوي للأصدقاء (٧٩,٤٪) .

٣- الإدمان (٦٣,٥٪) .

٤- اضطراب الجو الأسري العام (٢٧٪) .

كذلك في المدرسة كان سلوك المتعاطين بالمقارنة بغير المتعاطين غير مرضى ومسبب للمشكلات بدرجة دالة .

أما بالنسبة للسلوك والتكيف في العمل ، كانت العينة الضابطة أفضل في الانجاز والتكيف بدرجة دالة بالمقارنة مع عينة المتعاطين .

بالنسبة للتدخين ، وجد أن المتعاطي يبدأ في التدخين في سن أصغر بدرجة دالة عن غير المتعاطي .

من أهم النتائج في هذا البحث هو أن معظم متعاطي الهيروين (٩٧,٤٪) كان لهم تاريخ طويل في إساءة استخدام المواد الأخرى ، قبل تعاطي الهيروين ، مثل الحشيش والخمور والحبوب وغيرها .

وبالنسبة للتطور الطبيعي لسوء استخدام المواد.. وجد بالنسبة للتدخين أن المرحلة الخطر تنتهي عند سن ١٩ عاماً ، وبالنسبة للحشيش والخمور تبدأ بين من ١٥ -١٩ عاماً ، وتنتهي عند ٢٤ عاماً .

أما الهيروين ، فهو ما بين ٢٠ -٢٤ عاماً ، وينتهي في نسبة كبيرة من المدمنين عند ٢٩ عاماً .

وقد أوضح البحث أن المثل السئ الذي يعكسه صديق السوء هو من أهم العوامل النفسية والاجتماعية المصاحبة للتعاطي، من حيث شدة الدلالة والخطورة.

بسؤال المتعاطين عن دوافع تعاطي الهيروين في المرة الأولى ، كانت إجاباتهم متدرجة طبقا لدوافعهم كما يلي : الفضول (٩٦,٢٪) ، الفراغ (٦٩,٢٪)، القدرة المالية (٥١,٣٪) ، الرغبة في زيادة الإثارة الجنسية (٤٤,٩٪) ، تقليد الأصدقاء

(٣٥,٩٪) ، الهروب من الواقع (٩٥,٦٪) .

أما عن خبراتهم النفسية والفسيولوجية عند التعاطى لأول مرة ، فقد وجد أن معظمهم أجمعوا على الإحساس «بارتفاع» (٧٥,٦٪) ، وفى الوقت نفسه تمتعوا بالشعور بالهدوء والسلام (٧٨,٢٪) ، وما صاحبه من شعور بالقوة والثقة بالنفس (٧٨,٣٪) . ورغم ذلك .. فإن معظمهم (٧٨,٢٪) شعروا فى البداية بغثيان وميل إلى القئ .

من أغرب ما وجدناه أن ٧٨ مدمناً للهيروين ينفقون على التعاطى شهريا حوالى ١٥٧٧٠٠ جنيها مصريا، وإذا أخذنا فى الاعتبار طوال المدة التى تعاطوا فيها الهيروين وهى عامين ، لوجدنا أنهم أنفقوا خلالها ٤ ملايين جنيه مصرى.

أما عن خبراتهم الذاتية باختلال الآنية وقت تعاطى الهيرويين ، فقد وجدنا أن معظمهم شعر بتغيرات فى ذاته (٨٧,٢٪) وتغيرات فى إحساسه بالزمن ، وكأن الزمن توقف (٨٤,٦٪) وأيضاً بتغيرات فى عقله كأنه أصبح خالياً من كل شيء (٥٧,٧٪) .

ويبدو أن الهيروين مستحب بالنسبة للمتعاطين ؛ لقدرته على حجب الإحساس الحقيقى بالذات والمشاعر المؤلمة والظروف المحيطة غير المحتملة .

أما بالنسبة للاستبارات النفسية ، فقد طبق :

(١) استبار ايزنك (١٩٧٥) لسمات الشخصية ، ووجد أن متعاطى الهيروين حصلوا على متوسطات أعلى من العينة الضابطة وعامة الشعب فى الميل إلى الذهانية والعصابية والاندفاعية ، كما أن العينة الضابطة حصلت على متوسط أعلى من عامة الشعب فى الميل إلى العصابية .

(٢) استبار بيك للاكتئاب (١٩٦١) ، وقد بين أن معظم متعاطى الهيروين يعانون من درجة متوسطة من الاكتئاب، على عكس العينة الضابطة؛ حيث لم يوجد اكتئاب فى معظمها ، ولكن وجد عند بعضهم أعراض اكتئابية بسيطة .

(٣) مقياس هاملتون للقلق (١٩٥٩) ، وقد وضح أن معظم متعاطى الهيروين يعانون من درجة بسيطة من القلق المصاحب لانسحاب الهيروين .

كما وجدنا قصوراً فى القدرات المعرفية للمتعاطين؛ خاصة فى بداية مرحلة الانسحاب .

وطبقاً للتصنيف الأمريكى للأمراض النفسية DSM IV ، فإننا لم نجد شخصية واحدة تميز متعاطى الهيروين من حيث النوع أو الاضطراب ، وقد وجدنا ما يلى :

(١) عدم وجود اضطراب فى الشخصية فى حوالى ٣٤,٦ ٪ .

(٢) شخصية ضد اجتماعية فى ٢٨,٢ ٪ .

(٣) شخصية حدية فى ١٩,٢٣ ٪ .

(٤) أنواع أخرى .

ولكن الغالبية تتميز بسمات البحث عن اللذة الفورية دون إهتمام بالعواقب، والميل إلى التحديث والمغامرة.

وقد قرر معظم متعاطى الهيروين (٩٢,٣ ٪) أنهم لم يتعرضوا لضغوط نفسية أو اجتماعية دفعتهم لبدء التعاطى .

وفى دراسة ميدانية أخرى ، أجريت فى المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، سويف (١٩٨٢) ، حول مدى انتشار المواد المؤثرة فى الحالة النفسية داخل قطاع الطلاب ، وتناولت الدراسة أعداداً كبيرة من الطلاب ، بلغت ٥٥٣٠ تليمذاً من المدارس الثانوية العامة ، و٣٦٨٦ تلميذا فى المدارس الثانوية الفنية ، و٢٧١١ طالباً بالجامعات .. وهى عينة تمثل حوالى ٦ ٪، ٣ ٪ ، ٥,٢ ٪ على التوالى من جماهير الطلاب المعنية .

ومن أهم النتائج التى توصلت إليها هذه الدراسة :

(١) تبين أن هناك ارتباطاً إيجابيا بين التعرض لما أسميناه «ثقافة المخدرات»، واحتمال الإقبال على التعاطى .

(٢) تبين وجود جماعات – لايستهان بحجمها – من الشباب لا يتعاطون المخدر ، ولكنهم على استعداد نفسى لأن يتعاطوه إذا أتيحت لهم الفرصة .

(٣) تبين أن أعداداً كبيرة نسبيّاً تقبل على تجربة التعاطى بدافع حب الاستطلاع ، أو أية دوافع أخرى ، ولكن ثلاثة أرباع هذه الأعداد تقريباً لاتلبث أن تتوقف ، ويبقى الربع فى عالم التعاطى؛ أى إنه من كل مائة يجربون المخدر سيتوقف ٧٥ ويستمر ٢٥ منهم ، ومن هؤلاء الربع سيتعاطى بالمناسبة ٧٥ ٪ ويصبح ٢٥ ٪ مدمنين ؛ أى إن النسبة هى ١٦ : ٤ : ١ .

(٤) بينت الدراسة أن نسبة التلاميذ الذين تعاطوا المخدرات الطبيعية تفوق نسبة الذين تعاطوا أى واحد من الأدوية النفسية ، وقد يكون أحد الأسباب أن الأدوية النفسية أغلى ثمناً ، عندما تباع بطريقة غير مشروعة من بعض المخدرات الطبيعية ، وربما كان الضغط الذى يمارسه ذوو الخبرة على المتعاطى «الحديث أو الساذج» بقصد إغرائه بأن يشاركهم ممارستهم فى تعاطى المخدرات الطبيعية أكبر وأشد وطأة من ضغوط الدعوة إلى المشاركة فى تعاطى الأدوية .

(٥) تقوم أجهزة الأعلام أحياناً بدور خطير فى تعويد الشباب على هذا النحو ، وقد يفوق دورها دور الأصدقاء ؛ نتيجة عرض بعض الأفلام والبرامج التى تبرز تعاطفاً مع المدمن .

وقد سبق أن نشرت مقالا بعنوان «قل لا ولو مرة واحدة» وأكدت فيه أنه تم تشكيل المجلس القومى لمكافحة المخدرات بقرار جمهورى لسنة ١٩٨٦ ، برئاسة رئيس الوزراء وعضوية وزراء الصحة والداخلية والإعلام والعدل والأوقاف والشئون الاجتماعية ، ومن المفترض أن يتبنى خطة قومية شاملة ومتكاملة للوقاية من الإدمان.

ودون ترشيد السياسة الوقائية ، ستكون الجهود المبذولة مجرد ردود فعل لحالة من القلق ترتفع حينا وتهبط حينا آخر . ويبقى سؤال مهم : هل توجد لدينا معلومات ذات حجم معقول عن مدى انتشار التعاطى وأشكاله والمشكلات الصحية والاجتماعية المترتبة عليه فى مجتمعنا المصرى؟

والإجابة الصادقة والمباشرة هى نعم ، والمعلومات متنوعة ومصادرها متعددة، وأهمها: التقارير المنشورة من قبل الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، ومن المركز القومى للبحوث الجنائية والاجتماعية ، والأبحاث التى أجريت فى الجامعات المختلفة.. لأنه لايمكن أن نقوم بحملة ترشيد وقائية ، دون وجود هذه المعلومات .

فى الوقت نفسه.. لايمكن استيراد بعض الخطط الوقائية من بلاد أخرى للاختلافات البيئية والاقتصادية والثقافية والدينية ، ومشكلة إدمان الهيروين والحبوب موجودة فى مصر منذ عام ١٩٨٣ .

وقبل ذلك لم يكن استعمال الحشيش والأفيون لايشكل أزمة وبائية وكارثة اقتصادية، وإذا أخذنا مضبوطات الهيروين عام ١٩٩٥ نجدها حوالى ٦٠ كيلو جرام ؛

حيث إنه جرى العرف أن ما يقع فى قبضة الشرطة هو ١٠ ٪ من حجم الكمية المتداولة ، والتى تصل إلى ٦٠٠ كيلو جرام .

وإذا حسبنا أن الفرد يتعاطى من ربع إلى نصف جم يوميا ، نجد أن عدد مدمنى الهيروين لايزيد عن خمسة عشرة ألف مدمن على مستوى الجمهورية ، وهؤلاء يختلفون عن مدمنى الخمر أو الأفيون أو الحشيش ، أو الحبوب . وكل الأبحاث التى تحدد نسب الإدمان بين الطلبة فى المرحلة الثانوية والجامعية ينقصها المنهج العلمى السليم ؛ وذلك لأن كل الأبحاث تجرى عن طريق اختبارات يسأل فيها الطلبة : هل سبق أن جربتم أو مازلتم تستعملون إحدى هذه المواد ؟ وبالطبع هذا لايعنى نسبة المدمنين بل نسبة المجربين .

مشكلة المخدرات من منظور عالمي

البحث القومي المصري للإدمان (٢٠٠٧)

أحتل موضوع تعاطى المخدرات و إدمانها مكان الصدارة بين المشكلات المجتمعية و الصحية علي الصعيد العالمى منذ منتصف الستينيات و تبلور الاهتمام بها فى عدد من المجتمعات العربية بما فيها مصر منذ منتصف السبعينيات ، و تنامى الاهتمام العالمى بمحاربة المخدرات بعد أن نجح مروجو المخدرات فى اختراق فئة المراهقين و الشباب الذين هم عماد أى مجتمع .

تعتبر مشكلة الإدمان مشكلة عالمية ذات جوانب متعددة و لا تختلف فى ذلك أية دولة سواء كانت متقدمة أو نامية .

و بالرغم من الجهود المحلية و العالمية التى تبذل فى مواجهة هذه المشكلة ضمن الاهتمام العام بالصحة الفردية و المجتمع فإن مشكلة الإدمان فى تفاقم متزايد .

إن مرض سوء استخدام المواد المغيرة للعقل و المواد المخدرة و مرضى الإدمان يحملن المجتمعات و الشعوب أعباء صحية و اجتماعية ثقيلة و باهظة التكاليف فقد صرح التقرير العالمى للصحة لسنة ٢٠٠٢ أن سوء استعمال المواد المغيرة للعقل يمثل ٨,٩ ٪ من إجمالى العبء الناتج عن المرض فى العالم .

أفاد التقرير العالمى للمخدرات لعام ٢٠٠٤ الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات و الجريمة أن إجمالى عدد الأفراد المتعاطين قدر بحوالى ١٨٥ مليون فرداً حول العالم أى بنسبة تمثل حوالى ٣٪ من إجمالى سكان العالم و ٤,٧ ٪ من إجمالى الأفراد فى المرحلة العمرية من ١٥ عاماً إلي ٦٤ عاماً .

وأوضح التقرير أن النصف الثانى من القرن العشرين قد شهد انتشارا كبيراً لتعاطى المخدرات و العقاقير الغير قانونية، و أن الأرقام العالمية أوضحت أن حوالى ٢٠٠ ألف فرد توفوا فى عام ٢٠٠٠ بسبب تعاطى المخدرات و هو يمثل حوالى ٠,٤٪ من إجمالى الوفيات حول العالم، فى حين كان التبغ أقوي ٢٥ مرة من المخدرات حيث توفى ٤,٩ مليون فرد من جراء التدخين و هو يمثل نسبة ٨,٨٪ من إجمالى الوفيات حول العالم فى نفس العام .

كما أظهر التقرير الارتباط الوثيق بين تعاطى المخدرات و الأمراض الخطيرة المؤثرة علي الصحة العامة مثل الإلتهاب الكبدى الوبائى و فيروس فقدان المناعة المكتسبة (الإيدز) .

كما أثبت هذا التقرير أن أكثر أنواع المواد المخدرة انتشارا هو القنب (الحشيش و البانجو) و يليه المنشطات (الكوكايين و الأفيون) .

Annual prevalence of global illicit drug use over the period: 1998-2001

	كل أنواع المواد المخدرة	الحشيش	المنشطات		كوكايين	كل الأفيونات	هيروين
			امفيتامينات	أكستاسي			
عدد المتعاطين (بالمليون)	١٨٥,٠	١٤٧,٤	٣٣,٤	٧,٠	١٣,٤	١٢,٩	٩,٢
نسبة المتعاطين من إجمالي عدد السكان	٣,١	٢,٥	٠,٦	٠,١	٠,٢	٠,٢	٠.١٥
نسبة المتعاطين من إجمالي عدد السكان منذ ١٥ سنة أو اكثر	٤,٣	٣,٥	٠,٨	٠,٢	٠,٣	٠,٣	٠.٢٢

يفيد مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات و الجريمة أن عدداً من الحكومات قد أحرزت تقدماً فى تنفيذ توصيات الجمعية العامة للأمم المتحدة و كانت من بعض هذه التوصيات:

علي كل دولة تنمية قدراتها علي تقييم مشكلة المخدرات من خلال جمع البيانات و الدراسات التحليلية للظاهرة.

وضع إستراتيجية وطنية لخفض الطلب علي المخدرات .

عمل دراسات تركز علي الفئات الأكثر ضعفاً من السكان أو المجموعات السكانية الخاصة.

القدرة علي تقييم الدروس المستخلصة و دمجها مع الأخذ فى الاعتبار أن التعلم من الخبرة المكتسبة و من التقييم يعتبر أساساً للتدخل الناجح لخفض الطلب .

طبيعة المشكلة في مصر:

علي غرار بقية دول العالم تسعي مصر فى تنفيذ التوصيات العالمية و محاولة فهم حجم المشكلة من خلال الدراسات الوبائية (الانتشارية) المختلفة .

فهناك مجموعة من المؤشرات و الإحصائيات التى توضح حجم المشكلة فى المجتمع المصرى.

وخلال الثلاثين عاماً الماضية قامت بعض المؤسسات الحكومية و الجامعات بعمل دراسات انتشارية (وبائية).

كانت الدراسة التى قام بها المعهد القومى للبحوث الاجتماعية و الجنائية عام ١٩٦٤ من أوائل الدراسات التى رصدت الظاهرة حينذاك

وعلى الرغم من عدم وجود إحصائيات حكومية رسمية عن نسبة متعاطى المواد المخدرة فى مصر إلا أن الدراسات توضح التالى :

أظهر تقرير البحث القومى للإدمان لسنة ١٩٩٦ أن ٦,٢ ٪ قد أقروا استعمال المواد المخدرة و لو لمرة واحدة.

وقد أظهرت دراسة أخري إن من بين الفئة السكانية الأقل من ٢٠ عاماً ٣٦ حدث قد قاموا بتجربة المواد المخدرة لمرة واحدة ١٦ من بينهم يبدأون فى التعاطى المنتظم ، منهم ٤ يقعون فى دائرة الإدمان (العقباوى ٢٠٠٤) و (مكتب الأمم المتحدة المعنى بالجريمة و المخدرات ٢٠٠٤) .

كما يتزايد أعداد المتعاطين من الفتيات و المراهقين (غانم ٢٠٠٥). ويعتبر المخدر الأكثر شيوعاً وسط الفئة العمرية الأقل من ٢٠ عاماً هو القنب (الحشيش) يليه المهدئات و الخمور (تقرير الأمانة العامة للصحة النفسية ٢٠٠٥) فإن ٤,١ ٪ من مرضي الايدز فى القاهرة و الإسكندرية يتعاطون المواد المخدرة عن طريق الحقن (المكتب الإقليمى لمنظمة الصحة العالمية ٢٠٠٥) .

وفى دراسة مصرية أخري تمت لرصد عوامل الخطورة بالإصابة بمرض الإيدز بين ١٨٨ من متعاطى المواد المخدرة بمحافظات الدلتا كانت النتائج كالأتى:

٤٤,٧ ٪ يتعاطون عن طريق الحقن .

٤٢,٩ ٪ يتشاركون نفس أبر حقن المخدرات.

٦٢,٨ ٪ يمارسون الجنس غير الأمن (كباش ٢٠٠٤).

و فى دراسة أخري بالقاهرة تمت بين ٤٣١ متعاطى للمواد المخدرة أظهرت أن ٥٩ ٪ منهم يتشاركون أبر الحقن (كباش ٢٠٠٤) .

النتائج

انتشار المخدرات و المسكرات فى مصر(٢٠٠٥-٢٠٠٦)

توزيع عينة البحث على حسب استخدام المواد المغيرة للعقل		
الاستخدام	العدد	النسبة المئوية
استخدموا	٣٩٣٨	٩,٨ ٪
لم يستخدموا	٣٦١٤٥	٩٠,٢ ٪
المجموع	٤٠٠٨٣	١٠٠ ٪

توزيع عينة البحث على حسب استخدام المواد المغيرة للعقل			
النمط		العدد	النسبة المئوية
لم يستخدموا		٣٦١٤٥	٩٠,٢ ٪
استخدموا	تعاطي تجريبي و ترويحي	١٣٢٩	٣,١ ٪
	تعاطي منتظم	١٨٦٠	٤,٨ ٪
	الاعتماد	٦٢٩	١,٦ ٪
المجموع		٤٠٠٨٣	١٠٠ ٪

المواد المغيرة للعقل الأكثر شيوعاً بين مستعملى المخدرات و المسكرات فى مصر.

النوع	العدد	النسبة المئوية
الحشيش و مشتقاته	٣٥٩١	٩٣,٥ ٪
الكحوليات و مشتقاتها	٨٧٠	٢٢,٦ ٪
العقاقير الصيدلانية	٤٤٩	١١,٧ ٪
الأفيونات و مشتقاتها	٢٧٥	٧,٢ ٪
المنشطات أفيونات و ماكس فورت و كوكايين	٢٠٢	٥,٣ ٪
المواد المصنعة	١٢	٠,٣١ ٪

الخلاصة و الاستنتاجات

تضع هذه النتائج مشكلة سوء استخدام المواد المخدرة و المسكرة فى مصاف القضايا القومية العاجلة التى تتطلب خطط تفصيلية للمكافحة والمتابعة المستمرة .

يرتبط استعمال المخدرات و المسكرات بمؤشرات ديموغرافية و اجتماعية واضحة يجب أن تؤخذ فى الاعتبار فى خطط الوقاية و العلاج التالى :

١- إنه مرض يصيب الذكور فى الأغلب (١٣ذكر / ١ أنثي) .

٢- يبدأ سن الاستعمال ما بين ١٥-١٩ سنة .

٣- يصل المرض إلي صورته المتفاقمة ما بين ٢٥-٤٥ سنة أى فى أكثر فترات العمر نشاطاً و إنتاجية .

٤- يعد الحشيش و مشتقاته المخدرة الأكثر شيوعاً (٩٣,٥ ٪) يليه الكحوليات و مشتقاتها (٢٢,٦ ٪) يليها العقاقير المخدرة التى تصرف من الصيدليات (١١,٧ ٪) يليها الأفيونات (٧,٢ ٪) يليها المنشطات (٥,٣ ٪) وأخيرا المواد المصنعة و الطيارة (٠,٣١ ٪) .

٥- النسبة الأكبر من مستخدمى المواد المخدرة بعد الحشيش فى عينة البحث يستخدم أكثر من نوع معاً .

٦- توجد فروق ملموسة فى انتشار استعمال المخدرات و المسكرات حيث يبدو الاستعمال أكثر انتشارا فى المدن الساحلية كالإسكندرية و السويس و هو ما يحتاج إلي متابعة البحث فى التركيبة السكانية لهذه المحافظات و دراسة المحافظات الساحلية الأخري .

٧- يستخدم سكان المناطق البدوية المواد المخدرة و المسكرة (٣٠ ٪) أكثر من ساكنى الحضر (١٠ ٪) و الريف (٧ ٪) .

٨- ينتشر استعمال المواد المخدرة و المسكرة بين الطبقات الاجتماعية قليلة التعليم (١٩ ٪ من التعليم الابتدائى و ٢٢ ٪ من يقرأ و يكتب و ١٥ ٪ من الأميين) .

٩- ينتشر استعمال المواد المخدرة و المسكرة بين طبقات العمال الفنيين (٢١ ٪) و التجار (١٩,٥ ٪) و هى الطبقات التى تتميز فى نفس الوقت بالوفرة المادية نسبياً .

١٠- ينتشر استعمال المواد المخدرة و المسكرة بين الأفراد الذين يعيشون منفصلين و المطلقين (١٨ ٪) .

١١- ينتشر استعمال المواد المخدرة و المسكرة بين الأفراد الذين يعيشون بمفردهم (٢٥ ٪) .

١٢- ينتشر استعمال المواد المخدرة و المسكرة بين الأسر ذات الأب الغائب للسفر (١٧ ٪) و الأم الغائبة للسفر (١٢,٥ ٪) .

١٣- ينتشر استعمال المواد المخدرة و المسكرة بين الأسر ذات الأب الهاجر للمنزل (٢١,٥ ٪) و الأم الهاجرة للمنزل (٢٣ ٪) .

١٤- توجد علاقة ظاهرة بين الوفرة المادية النسبية و استعمال المخدرات .

١٥- إن السمة العامة لسلوك مستعمل المخدرات و المسكرات التى يمكن استنتاجها من هذه النتائج هى سمة (عدم الانتماء) و لا يمكن التحقق إلا من خلال دراسات أخري تفصيلية ما إذا كانت هذه السمة تكوينية لاستعمال المخدرات أو سمة ناتجة عن حدوثه .

التوصيات

التخطيط لدراسات متعمقة علي الفئات السكانية الأكثر عرضه لاستعمال المواد المخدرة و المسكرة (المراهقين – أطفال الشوارع – المتسربين من التعليم – النشء فى المدارس و المعاهد و الجامعات – العمال الفنيين – تجار الأعمال الحرة – عرب بدو – الأسر المفككة) .

التخطيط لدراسات متعمقة لمرضي الإدمان الذين يتم علاجهم بكافة مراكز ومستشفيات الصحة النفسية و مقارنتهم بعينة مطابقة من ناحية المواصفات الديموغرافية من الأصحاء .

تقسيم الدراسة التى سبق الإشارة إليها إلي دراسة طويلة تراجع مراحل النمو و دراسة مستعرضة تقارن ظروف المدمن بمثيله الصحيح لكى نستنبط الدروس المهمة لمواجهة المشكلة من المنظور النفسى .

حماية الأسر المصرية كأساس للكيان الاجتماعى عن طريق برامج التوعية و نشر المهارات الأبوية الصحيحة فى وسائل الإعلام المختلفة .

تنمية القيم الروحية كبديل للتدين السلفى .

رفع مستوي التعليم بحيث يصبح أداة للبحث عن المعرفة و إدخال البرامج الوقائية ضد التدخين و المخدرات ضمن المنهج الدراسى الرسمى المقرر على المدارس الإعدادية و الثانوية .

التركيز علي المشكلات الاجتماعية و النفسية التى يواجهها الذكور فى المجتمع.

تفعيل دور المراكز الصحية و المجتمعية و المنظمات غير الحكومية لعمل برامج صحة نفسية لتدريب الأفراد علي كيفية التعامل مع الضغوط و الصراعات و المشكلات النفسية و الاجتماعية بصورة متكاملة و مستمرة و من بينها مشكلة الإدمان.

دعم دور وزارة الصحة و المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية فى مكافحة مشكلة استعمال المواد المخدرة و المسكرة .

المحور الصحي لاستراتيجية مكافحة المخدرات

صدر عن لجنة المستشارين العلميين للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، والتى أتشرف بأن أكون عضوا بها تحت رئاسة أ. د مصطفى سويف ، التقرير النهائى «استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر» وذلك فى عام ١٩٩٢ .

ونلخص هنا بعض ما جاء فى التقرير :

إن مواجهة مشكلة المخدرات تحتاج لمجابهة عدة أبعاد ، وقد كان الموقف حتى السنوات الأخيرة هو مواجهة العرض ، ولكن اتضح أنه مهما فعلنا فى هذا البعد ، فلن يكفى للحد من مشكلة المخدرات ؛ ولذا اتجهت كل الجهات إلى مواجهة الطلب .

وقبل أن نستعرض الاستراتيجية فى المواجهة الصحية ، سنضع بعض النقاط الخاصة بطرق المواجهة :

مواجهة العرض :

(١) جهود المكافحة ، وتحتل مصر مكانة عالية فى هذه الجهود ؛ خاصة وأن أول مكتب للمكافحة بدأ فى عام ١٩٢٨ . ومهما نشطت أجهزة المكافحة فى كل البلاد ، فلا يتسنى إلا القبض على عشر من الكمية المهربة والمتسربة إلى البلاد .

(٢) صدر فى مصر قانون المخدرات عام ١٩٨٩ ، وبه شروط العقوبات والعلاج المتاح وأماكنه ، ويمكن الرجوع إلى تفاصيله .

(٣) الاتفاقيات الدولية والإقليمية فى كيفية المكافحة والوقاية والعلاج ، وتوجد هذه الاتفاقيات بين كثير من البلاد العربية ، وكذلك مع معظم دول العالم تحت إشراف هيئة الأمم المتحدة .

مواجهة الطلب :

١- بواسطة القانون وله دور كبير فى إحجام الشباب عن طلب المخدرات .

٢- توفير الخدمات العلاجية ، وهذا هو موضوعنا .

٣- نشر التوعية ، وسنشير إليها فى آخر الورقة .

ولمواجهة خفض الطلب ، يجب الإشارة إلى الآتى :

(١) الوقاية من الدرجة الأولى :

ويقصد بها منع وقوع الإصابة أصلاً ؛ أى منع وقوع التعاطى والمؤدى إلى الإدمان أصلاً ، وهو أمر بالغ الصعوبة .

وتدخل هنا ثلاثة أنواع من الإجراءات :

أ- تحديد الجماعات المستهدفة أو الهشة ، ومن أهمها :

* وجود تاريخ للإدمان فى الأسرة .
* الانهيار الأسرى .
* الدخل المنخفض .
* ضعف الوازع الدينى .
* انعدام الحافز والفشل الدراسى .
* البحث الدائم عن اللذة الحسية، وارتفاع سمة المخاطرة والتعرض للمشاكل.
* الرغبة فى الإشباع الفورى ، وعدم القدرة على تأجيل الملذات .
* انخفاض عتبة تحمل الإحباط .
* اختلال الانضباط فى الأسرة ، وعدم احترام التقاليد والقوانين .
* تدخين السجائر قبل بلوغ سن ١٢ سنة .
* مصاحبة أقران مدمنين .
* الظروف السيئة فى بيئة العمل .

ب- استخدام الأساليب التربوية غير المباشرة فى المناهج المختلفة .

جـ- العناية المبكرة بالحالات تحت الإكلينيكية فى هؤلاء المهيئين ؛ لأخذ المواد للتخفيف من الأمراض النفسية والعقلية .

(٢) الوقاية من الدرجة الثانية :

ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر بحيث يمكن الوقاية من التمادى فى التعاطى ، والوصول به إلى مرحلة الإدمان .

وتشير الأبحاث في العالم وفى مصر أن نسبة من يتوقفون ويتراجعون عن التعاطى ، وهم لايزالون فى مرحلة الاستكشاف تقرب من ٧٥٪ وأن البقية ؛ أى ٢٥٪ يتعاطى بالمناسبة بنسبة ٧٥٪ ويدمن حوالى ٢٥٪ ؛ أى إن النسبة بين الاستكشاف والتعاطى بالمناسبة والإدمان هى ١٦ : ٤ : ١ .

وتوجد بعض العلامات التى تعزز احتمال سوء استعمال المواد أو الإدمان :

١- الانطوائية والانعزال عن الآخرين بصورة غير عادية .

٢- الإهمال وعدم الاهتمام أو العناية بالمظهر .

٣- الكسل الدائم والتثاؤب المستمر .

٤- شحوب فى الوجه وعرق ورعشة فى الأطراف .

٥- فقدان الشهية والهزال والإمساك .

٦- الهياج لأقل سبب مما يخالف طبيعة الشاب المعتادة .

٧- الإهمال الواضح فى الأمور الذاتية ، وعدم الانتظام فى الدراسة أو العمل .

٨- إهمال الهوايات الرياضية أو الثقافية ، والانصراف عن متابعة التليفزيون .

٩- اللجوء إلى الكذب والحيل الخادعة للحصول على مزيد من المال .

١٠- اختفاء أو سرقة بعض الأشياء الثمينة من المنزل ، دون اكتشاف السارق ؛ حيث يلجأ المدمن إلى السرقة من أجل الحصول على المال اللازم لشراء المادة التى يدمنها .

(٣) الوقاية من الدرجة الثالثة :

ويشار بهذا المصطلح إلى التدخل العلاجى المتأخر نسبيا ؛ لوقف المزيد من

التدهور المحتمل للمضاعفات العضوية والنفسية المترتبة على الإدمان ، وتشمل إعادة التأهيل الاجتماعى والمهنى .

تحسين الخدمة العلاجية :

تتركز معظم الخدمات التى يتلقاها المدمن فيما يسمى «مصحات علاج الإدمان» على عملية تطهير الجسم من السموم ؛ ولذلك سيكون إجراء هذه العملية هو محور الارتكاز لحديثنا فى هذه الفترة .

يستعمل مصطلح التطهير من السموم للإشارة إلى العملية ، التى يتم بواسطتها انتزاع المدمن من اعتماده العضوى على المخدر ، ويمكن أن يستخدم لهذا الغرض المخدر نفسه الذى كان المدمن يعتمد عليه ، كما يمكن أن تستخدم عقاقير بعينها لهذا الغرض ، وكذلك يمكن تخفيف أعراض الانسحاب بإعطاء بعض العقاقير الأخرى .

ولهذه العملية أهداف أربعة ، هى :

أ- تخليص الجسم من الاعتماد الفيزيولوجى الحاد ، المقترن بالتعاطى المكثف المنتظم للمخدرات .

ب- التخفيف من الآلام والمتاعب ، التى تصحب الانسحاب ؛ خاصة إذا كان مفاجئاً .

جـ- تزويد المدمن بعلاج آمن وإنسانى ، يساعده على مواجهة المراحل المبكرة لعملية التوقف عن التعاطى .

د- إحاطة المدمن ببيئة تشجعه على الالتزام بالدخول بعد ذلك فى برنامج طويل للعلاج المتكامل .

ولما كان عدد المدمنين الذين يستطيعون التوقف فعلاً عن التعاطى – بعد اجتياز عملية التطهير من سموم المخدرات – أقلية ضئيلة ، فالاتفاق سائد بين أهل التخصص على أن هذه العملية لايجوز النظر إليها إلا باعتبارها الخطة الأولى فى برنامج العلاج ، ومن ثم يتلخص مقياس النجاح لهذه العملية فى اعتبارين ، هما :

أولا : إتمام العملية ، أى الوصول بها إلى النهاية المقررة لها علميا .

ثانيا : البدء فى الدخول فى برنامج علاجى متكامل ، فور الانتهاء منها.

ولكى تؤتى عملية تطهير الجسم من السموم ثمارها ، لابد من أن تتوافر لها عنصر مراعاة الدقة فى عمليات الفحص والقدرة على إجراء التطهير نفسه.

وتنطوى هذه العمليات على عدد من العناصر الرئيسية ، نجملها فيما يلى :

١- التاريخ الإدمانى للحالة.

٢- التاريخ الطبى للحالة .

٣- الأحوال الاجتماعية للحالة .

٤- الحالة النفسية .

٥- الفحص البدنى للحالة.

٦- المضاعفات الطبية المرتبطة بالإدمان.

٧- الاختبارات المعملية للحالة.

ومنها ما هو للكشف عن المواد النفسية فى البول ، بما فى ذلك بعض المخدرات والباربيتيورات ، والأمفيتامينات ، والكوكايين، والبنزوديازبينيات ، وبعض مضادات الاكتئاب ، والفنسكدين ، ومنها كذلك عدد كرات الدم، وتحليل البول ، واختبار وظائف الكبد ، وأشعة الصدر ، ورسم القلب لمن لم تتجاوز أعمارهم الأربعين، واختبارات الأمراض التناسلية ، واختبارات الحمل للنساء .

وأخيرا .. وبعد أن تتم هذه الفحوص جميعا ، يكون على الطبيب المختص أن يتخذ قراره فيما يتعلق بتشخيص الحالة ، وذلك إجابة عن السؤال المحدد الآتى:

هل يوجد اعتماد عضوى أفيونى ، يستدعى تدخلا طبيا لتطهير الجسم من سموم المخدر أو المخدرات؟ وقد تستدعى الإجابة عن هذا السؤال نفسه إجراء اختبار مثل «اختبار النالوكسون الإثارى» . وسيكون عليه بعد ذلك أن يتخذ قراراً آخر حول اختيار أسلوب التطهير الذى سيتبعه .

ويمكن أن تتم عملية التخلص من السموم ، من خلال نظام التردد على العيادة الخارجية ، أو من خلال نظام يقتضى الدخول والحجز فى المصحة المخصصة لذلك . كلا النظامين مقبول لدى السلطات الطبية ومعمول به بالنسبة لأعداد كبيرة من المدمنين فى دول العالم المختلفة ، ولكل منهما مزاياه ومساوئه.

ومن أهم محاسن نظام التردد على العيادة الخارجية ما يأتى :

١- أنه منخفض التكلفة المالية .

٢- أنه قد يكون مغريا لأعداد كبيرة نسبياً من المدمنين ، باللجوء إليه (دون

الخشية من ضرورة الدخول والحجز ، وما يصحب ذلك من إجراءات) .

أما أهم المآخذ .. فهو أنه قد يكون أقل جدوى من نظام الدخول والحجز ، (فيما يتعلق بالمواظبة لإكمال عملية التطهير إلى نهايتها الطبية ، وما قد يصحب ذلك من الأعداد لمواصلة السير فى طريق العلاج المتكامل) .

وعلى العكس من ذلك فيما يتعلق بنظام الدخول والحجز ، فإن أهم المآخذ عليه تتلخص فى التكلفة المالية المرتفعة نسبيًا ، وفى تعقد إجراءات الدخول .

ويجب أن نأخذ فى الاعتبار حجم التكلفة المالية ، التى سوف يتكلفها إنشاء شبكة من المصحات المتخصصة (على مستوى البلاد) ، ذات المواصفات السليمة، من حيث : درجة العزل وكفاءة الحراسة ، وتوافر التجهيز الطبى المعملى ، وتوافر التخصصات العلمية المدربة ، أن تقارن بين هذه التكلفة وحجم الإنفاق المطلوب ؛ لإنشاء أو لدعم عيادات خارجية ، تقدم خدمة التخليص من السموم ، على أساس نظام التردد (مع مدة ممكنة للحجز فى بعض الحالات) .

وفى مثل هذه المقارنة ، سيكون للفرق بين العائد من كل من النظامين مقروناً بحساب التكاليف وزن كبير فى الاستقرار على الأخذ بأى من هذين النظامين . ولكن، لأنه لاتوجد أمامنا الآن أية دراسات علمية تسمح بإيجاد أساس لتقدير العائد من هذا النظام أو ذاك لترجيح الأخذ بأيهما ، فستظل مشكلة المفاضلة قائمة ، تتنازعها انطباعات وتخمينات غير منضبطة .

وأمام هذا الموقف الذى لاتتوافر فيه عوامل حاسمة فى الوقت الحاضر نوصى أن تمضى الدولة فى تبنى الأسلوبين معا ، فتدعم المصحات القائمة بالفعل، وتزيد من عددها، هادفة إلى تغطية كافة محافظات الجمهورية، فى مدى زمنى معقول (وليكن ذلك فى إطار خطة خمسية) ، وفى الوقت نفسه تنشر وتدعم بأعداد متزايدة العيادات الخارجية ، التى يمكنها أن تتصدى للمشاركة فى مهمة «التطهير من السموم» بالكفاءة المهنية الواجبة .

شروط تراعى عند إنشاء المصحات ونشر العيادات الخارجية :

يمكن النظر إلى فترة الستينيات والسبعينيات على أنها كانت فترة تجريب، فيما يتعلق بإنشاء مصحات لعلاج الإدمان ، استجابة للنص الوارد فى القانون ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ ، وقد تبين فيما بعد أن أحد الدروس التى يجب استخلاصها من هذه التجربة ضرورة الابتعاد بهذه المصحات والعيادات عن مصحات الأمراض النفسية والعصبية؛

لأسباب متعددة، يأتى فى مقدمتهما سببين رئيسيين ، هما :

أولاً : وجود قدر ملحوظ من المشاعر السلبية فى نفوس كثيرين من المواطنين ضد الأمراض العقلية والعصبية ، وكل ما يرتبط بهما . هذه حقيقة لايمكن إنكارها، ولا إغفالها سواء فى مصر أو فى الخارج ؛ لأنها تحمل الموقف كله (الأمراض العقلية وكل ما يرتبط بها أو يقترب منها) بشحنة انفعالية أقرب إلى التنفير منها إلى الجذب والترغيب ؛ مما يضع عوائق نفسية لها وزنها فى الطريق إلى طلب الخدمة طوعاً من مصحات علاج الإدمان .

ثانياً : سهولة نقل الأدوية النفسية (وخاصة ماكان منها محدثاً للإدمان) من عنابر الأمراض العقلية إلى مصحة علاج الإدمان ، (لتقديمها إلى المدمنين المحجوزين تحت العلاج) عن طريق بعض الأفراد العاملين، الذين يصعب ضبط تنقلاتهم بين المرافقين ، وتتعدد دوافعهم نحو القيام بعمليات النقل هذه .

وترى اللجنة أنه أياً كان الطريق ، الذى ستسير فيه الدولة بصدد إقامة ودعم مصحات وعيادات علاج الإدمان ، فلابد من مراعاة الشروط الآتية :

أولاً : فيما يتعلق بالمصحات :

ونعنى بها فى هذا الموضع ، وحدات تخليص الجسم من سموم المخدرات ؛ حيث يتقرر حجز المدمن لفترة زمنية (تحددها الاعتبارات القانونية ، إذا تم التحويل عن طريق القضاء ، أو طبيا إذا تم الدخول بالطريق التطوعى) .

(١) فى هذا النوع من المصحات يجب أن يراعى الاستقلال التام للمصحة من حيث الإدارة ، ومن حيث المبنى . وأى تهاون فى توفير هذا الشرط من شأنه أن يخل إخلالاً شديداً بكفاءة تشغيل المصحة ، (إن لم يكن على المدى القريب، فسيحدث على المدى البعيد) .

(٢) فى هذه المصحات ، يجب أن يكون هناك فصل تام بين أقسام لاستقبال الحالات المحولة من المحكمة ، وأخرى لاستقبال الحالات الواردة على أساس التطوع . مع التسليم بأن هذا الفصل قد تكون له آثار جانبية ، وخاصة فيما يتعلق باحتمالات الظهور التدريجى لعناصر عقابية فى جو

التعامل مع نزلاء الأقسام المخصصة للتحويل من المحكمة ، بحيث تصبح هذه الأقسام شيئا فشئيا ،وكأنها امتداد للبيئة العقابية الخاصة بالسجون ، ومع ذلك فقد رأت اللجنة من ناحية أخرى أن الآثار الجانبية التى قد تترتب على انعدام هذا الفصل تفوق فى سوئها بكثير تلك المترتبة على الفصل؛ لذلك استقرت اللجنة على التوصية بضرورة الفصل بين الفريقين من النزلاء.

(٣) يجب أن يخطط للعمل فى هذه المصحات ، على أساس أن تكون عملية تطهير الجسم من السموم جزءاً من برنامج شامل ، يتم فيه وضع تقدير للحالة كجزء لايتجزأ من تشخيص شامل، يضم بين أجزائه تقديراً لما يمكن تصوره على أنه درجة إدمان الشخص ، كما يضم تقديراً لما إذا كان هذا الإدمان أوليًا أو ثانويًا ، (بمعنى أنه بدأ وتطور كاستمرار ونمو لعادات سلوكية سيئة تدعمها ظروف اجتماعية معاكسة ، أم أنه بدأ كإفصاح لعرض أو أعراض لمرض نفسى أو عصبى دفين) ، وتكون هذه العملية كلها ؛ أى التطهير والتقدير ، بمثابة الخطوة الأولى فى برنامج علاجى وتأهيلى متكامل .

(٤) يجب إعطاء الأولوية فى مخطط إنشاء المصحات للإنشاءات فى المدن الكبيرة ؛ تأسيسا على ما كشفت عنه البحوث العلمية الميدانية من زيادة نسبية لمشكلات التعاطى والإدمان فى المدن الكبيرة عنه فى الريف .

ثانيا : فيما يتعلق بالعيادات :

ويقصد بها فى هذا الوضع العيادات الخارجية ؛ حيث يعتمد نظام الرعاية أساساً على تردد المدمن على العيادة على فترات محددة :

(١) لايشترط فى هذا النوع من الخدمة الطبية أن يكون له استقلاله عن سائر العيادات الخارجية ، المختصة برعاية الأمراض الباطنية والنفسية .

(٢) تقترح اللجنة أن يبدأ فوراً فى وضع خطة لتخصيص عيادة خارجية لعلاج الإدمان ، تلحق بكل من عيادات الصحة النفسية ، والعيادات القائمة فى مستشفيات الطلاب الجامعيين ، كما يمكن اتباع القاعدة نفسها لأقامت عيادات خارجية فى المصانع ، وفى الوحدات المجمعة فى الريف.

(٣) كـذلك توصى اللجنة بإعطاء الأولوية فى مـخطط إنشـاء ودعم هذه العيادات، لعيادات المدن الكبيرة للسبب نفسه الذى سبق الإشارة إليه.

هذا .. ويلاحظ فى الحالتين – أى حالة المصحات والعيادات – أنه لابد من توفير ما يأتى :

(١) قدر معقول من التدريب للعاملين ، الأطباء وأعضاء الفريق العلاجى جميعاً ، ونعنى هنا التدريب النوعى اللازم لرعاية المدمنين . ويمكن أن توضع فى هذا الصدد برامج تدريب محدودة ، تقتصر على العناصر الجوهرية فى الرعاية ، على أن يتبع فى هذا المجال نظام دورات التدريب المستمرة ؛ بحيث يتعرض كل عامل فى الميدان لدورة ، تجدد له معلوماته وتشحذ مهاراته مرة كل عام . وتكون الدورة مكثفة بحيث لاتستغرق أكثر من بضعة أيام ، أو أسبوع على أقصى تقدير .

وفى الوقت نفسه توضع برامج تدريبية أخرى ، تكون أكثر شمولاً وعمقاً ، وتكون موجهة للعاملين فى المصحات الرئيسية ، التى ربما تلحق بها مراكز بحثية، ومعامل متقدمة التجهيز .

(٢) عناية متميزة بجمع قدر معين من المعلومات المحددة عن كل حالة ترد إلى المصحة أو العيادة ؛ بهدف إدخال هذه المعلومات فى نهاية الأمر فى بنك للمعلومات عن الإدمان والمدمنين فى مصر ، أو فى بلاد عربية أخرى ، وهى معلومات لايمكن الاستغناء عنها إذا أردنا الارتقاء بإجراءات مواجهة مشكلة المخدرات فى جميع جبهاتها .

ولضمان تقنين الكم والكيف للمعلومات المطلوبة ، يراعى إعداد صحيفة يطلب فيها ما يمكن اعتباره الحد الأدنى من المعلومات عن التاريخ الشخصى ، والمادة أو المواد المخدرة ونمط التعاطى .

ويعمم استعمال هذه الصحيفة فى جميع المصحات والعيادات، على أن ترسل صورة من هذه البيانات شهريا من جميع الوحدات إلى ما يمكن اعتباره مصحة مركزية ، يكون إحدى مهامها الرئيسية تجميع هذه المعلومات وتصنيفها وعرضها فى صورة تقرير سنوى أو نصف سنوى (دون الإخلال بشرط السرية كما نص القانون

١٢٢ لسنة ١٩٨٩ فى المادة ٣٧) .

جهود التوعية :

(أ) المادة الإذاعية (خاصة عن طريقة الإذاعة المصورة) ، بفئاتها الأربع، وهى : الأحاديث الوصفية مع النموذج السئ لتحقيق التعليم بالعبرة ، والأحاديث التعليمية (أو التلقينية) المباشرة، دون استعانة بالنموذج ، والإعلانات المصورة والأفلام المتكاملة .

(ب) المقالات الصحفية :

(جـ) الندوات التى تعقد وسط تجمعات شبابية .

١ – استخدام الراديو والتليفزيون :

تشير هيئة الصحة العالمية فى تقاريرها العلمية إلى ضرورة الامتناع عن استخدام أدوات الإعلام الجماهيرى فى هذا المجال .

وقد ورد فى هذا الصدد النص الصريح التالى : إن استخدام أدوات الإعلام الجماهيرى بقصد إعطاء المعلومات للجمهور ، وإثناء الأشخاص (الذين يحتمل أن يقدموا على التعاطى بمختلف أنواعه) ، وإثنائهم عن أنواع بعينها من التعاطى أو عن التعاطى أيا كان ، هذا المجهود يعتبر مثالا للتبسيط المخل فى تناول مشكلات بطبيعتها معقدة ، ومما يؤسف له أن هذا التناول قد يأتى بعكس المطلوب .

ويقول التقرير نفسه فى موضع آخر : إن إلقاء المعلومات (عن المخدرات) من خلال أدوات الإعلام الجماهيرية ، حتى ولو تم إعداده بعناية ، سوف يصل إلى مجموعات من المواطنين لم يكونوا مقصودين أصلاً بهذه الرسالة .

ويوضح التقرير بعد ذلك كيف أن هذا نفسه كفيل بنشر أضرار لم تكن فى الحسبان ، ويقول فى موضع ثالث : إن مجرد تكرار الحديث عن موقف غير مألوف (مثل تعاطى المخدرات) ، بغض النظر عن كون هذا الحديث ، يتم بنغمة إيجابية أو سلبية، يمكن أن يكون فيه الكفاية لإضفاء صفة الجاذبية على هذا القول، وبالتالى فربما أتى بما هوعكس المقصود تماماً .

هذه النصوص واضحة تماماً فيما تشير إليه ، وجدير بالذكر أن هيئة الصحة العالمية تخاطب بها المجتمعات جميعاً ، دون أن تخص بالذكر فئة بعينها. وجدير بالذكر أيضا أن هذه التوجيهات مبنية على تراث الخبرة العلمية الذى يجمع بين

العمق والاتساع، ولما كانت هذه التوجيهات تتفق مع المغزى ، الذى يمكن الحصول عليه من نتائج عدد من البحوث الميدانية ، التى أجراها البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات على عينات متنوعة من الشباب المصريين .. فإن اللجنة توصى بإعادة النظر فى نشاط أجهزة الإعلام المسموع والمرئى، فيما يتعلق بموضوع المخدرات، والحد من هذا النشاط أو إيقافه تماماً .

وتشمل هذه التوصية الفئات الأربع من المواد الإعلامية التى أشرنا إليها من قبل ، وهى : الأحاديث الوصفية مع النموذج السئ ، والأحاديث التعليمية المباشرة دون النماذج ، والإعلانات المصورة ، والأفلام المتكاملة .

٢- الندوات فى التجمعات الشبابية :

تعتبر هذه الندوات من أفضل الأساليب وأكثرها جدوى ، فى تحقيق الهدف المطلوب وهو خفض الإقبال على تعاطى المخدرات ما أمكن. ولكن- دون الدخول فى التعديلات الجذرية للكيفية - التى يجب أن توجه بها هذه الندوات - فإنها بصورتها الراهنة يمكن أن تزداد فائدتها بصورة ملحوظة ، إذا أدخلت عليها بعض التصحيحات على النحو الآتى :

حجم المجموعة الشبابية :

تشير الخبرة والدراسات فى هذا المجال إلى أن كبر المجموعة ، التى تجرى معها الندوة يقلل من احتمالات جدوى ترسيخ المعانى والتوجيهات المقصودة ؛ والسبب فى ذلك أن كبر الحجم يحتم أن يكون الموقف أقرب إلى الإملاء والتلقين من جانب المتحدث أو المتحدثين .

ولاقيمة فى مثل هذه الحالة حتى لإتاحة الفرصة لعشرة من الشباب أو أقل أو أكثر ، بأن يلقوا بأسئلتهم إلى المتحدثين لأن الإجابة ستظل إملائية أو تلقينية . أما إذا كان الحجم صغيراً - بحيث يسمح بمناقشات حقيقية بين الشباب والمتحدث- فإن هذا أدعى لأن يندمجوا فى مستوى من المشاركة يزيد من احتمالات تبنيهم إيجابيًا لبعض الأفكار والقيم والتوجيهات ، التى تطرح بينهم ، مما يجعل الموقف يبتعد عن أن يكون مجرد موقف لإعطاء معلومات مشفوعة بتعليمات تشبه الأوامر (وهو موقف منفر لصغار الشباب) ، ويقترب من أن يصبح موقفاً تربويًا ، تستخدم فيه آليات نفسية أكثر فاعلية فى نفوسهم .

وفى ذلك يقول تقرير هيئة الصحة العالمية نفسه الذى سبق أن أشرنا إليه : إن إلقاء المعلومات وحدها ، مهما تكن دقيقة ومقنعة ... لن يؤثر بالضرورة فى سلوك الشخص حتى يعيد الشخص صياغتها على نفسه أى بين إلقاء هذه المعلومات وخبراته ، ومدركاته ومشاعره ، وقيمه، وأسلوبه فى الحياة .. يجب ألا تقدم معلومات عن تعاطى المخدرات لمجموعات كبيرة ، بل ولا لمجموعات صغيرة، ما لم يكن ذلك فى موقف يسمح للأفراد المعنيين بالمناقشة مع متحدث لديه العلم الكافى ، وفى مجموعة محدودة الحجم ؛ بحيث تتيح تخاطبا يمضى ذهابا وإيابا بين المتحدث والشباب ، وعندئذ يصبح الموقف تربويًا .

إبعاد الحديث عن أسلوب التخويف :

يلاحظ أن معظم الأحاديث التى تلقى فى الندوات ، وتلك التى تلقى أو تنشر بأى صورة من الصور ، وتستهدف الشباب المعرضين للإقدام على التعاطى، وتكون مشبعة بعناصر التخويف الشديد . وكثيراً ما تكون مليئة بالمبالغات ، التى لاسند لها من العلم المحقق ، وكأن هدف التخويف يستحق أن يضحى المتحدث فى سبيله بالصدق العلمى .

ويعتبر هذا التوجه خاطئاً تماماً من الناحية التربوية ، وأهمية الوقوف على كونه خطأ تتجلى فى أنه يأتى بعكس المطلوب تماماً ؛ ذلك أن نسبة كبيرة من الشباب الذين تستهويهم خبرة تعاطى المخدرات يقدمون عليها بدافع الرغبة فى المغامرة والإحساس بالخطر ، وبالتالى .. فإن أحاديث التخويف فى توجيهها إلى هؤلاء الشباب تستثير فيهم مزيدا من الرغبة فى الإقدام على خبرة التعاطى ؛ توقعاً لمتعة معايشة الأخطار فى مستوياتها المثيرة لدرجات عالية من التوتر ، وهذا ما تشير إليه خبرة الخبراء فى شتى أنحاء العالم .

فإذا ابتعدنا عن أسلوب التخويف ، فما البديل؟ كيف يكون خطابنا إلى الشباب؟

يكون عن طريق تقديم المعلومات الأساسية عن المخدرات وآثارها .. تقديماً موضوعيًا متميزاً ، مشفوعاً بتقديم أساليب الحياة الناجحة والمنتجة ، التى تتم دون الإعتماد على المخدرات ، فالبديل إذاً عن أحاديث التخويف، هو أن تكون الأحاديث مؤسسة على علم حقيقى بخصائص المواد المخدرة التى يأتى ذكرها ، وأن تلتزم بما هو وارد فى هذا العلم بصدق وأمانة ، مع الاكتفاء طبعاً بما يناسب مستوى ومتطلبات الأفراد الذين يوجه الحديث إليهم ، على أن يزاوج (ما أمكن) بين هذا الخطاب

والحديث عن أساليب الحياة دون الإعتماد على المخدرات، مع تقديم نماذج تسمح بتصوير الكيفية، التى تمضى بها الحياة لتكون ناجحة ومنتجة ، دون أن يشوبها الاعتماد على المخدرات.

أهداف العلاج :

١- زيادة الحافز للامتناع .

٢- بناء حياة بعيدة عن المواد المؤثرة نفسياً .

٣- المساعدة فى تحسين نواحى الحياة المختلفة .

٤- المساعدة فى الأمراض النفسية والجسمية .

٥- المساعدة فى المشاكل العائلية والزوجية .

٦- المساهمة فى التأهيل الاجتماعى والمهنى والاقتصادى .

٧- مناقشة المسائل الدينية والروحية .

٨- إعادة المدمن للمجتمع بعد خلعه .

العلاجات غير الفعالة :

* مضادات القلق .
* العلاج المعرفى .
* المحاضرات التعليمية .
* النصائح والمواعظ .
* العلاج الجمعى .
* العلاج بالنفور .

علاجات لم يثبت فاعليتها :

* المدمنون المجهولون .
* الإبر الصينية .
* بعض أنواع العلاج المجتمعى .

بعض الفاعلية :

* العلاج السلوكى الزواجى .
* التنويم المغناطيسى .
* أملاح الليثيوم .

فاعلية متوسطة :

* مضادات الاكتئاب .
* العلاج السلوكى .
* زرع دايسلفيرام للكحولية (أو نالكسون فى الهروين) .

فاعلية مؤكدة :

* العلاج السلوكى الزواجى .
* التعزيز المجتمعى .
* التدريب على المهارات الاجتماعية .
* إدارة الكرب والمشقة .

ما هو منع النكسات؟

هو علاج معرفى سلوكى ، ويشمل التدريب على مهارات سلوكية وأساليب التدخل المعرفى ؛ لتغيير ومساعدة المدمن على التكيف على المشاكل المختلفة .

الامتناع	السقطة	النكسة

بعض أساليب العلاج النفسي المساند :

تستخدم فى هذا المجال كثير من أساليب العلاج النفسى ، الفردى والجمعى. ونظراً للتنوع الشديد فى الصورة الإكلينيكية لكل حالة يحتاج الأمر إلى قدر كبير من المرونة من جانب المعالج ، بحيث يكون على استعداد دائماً لإعادة النظر فى الوسائل ، التى يمارس العلاج على أساسها .

إن العلاج السلوكى للإدمان تطور هو نفسه (وهو أمر طبيعى بالنسبة لجميع

أنواع العلاج ، أيا كان موضعها فى عملية التطبيب) .

المرحلة الأولى :

وقد تحرك فيها من مرحلة تحليل الحالة الفردية (بالأسلوب الكيفى) ، متجهاً إلى العناية بالتصميم التجريبى المنضبط بالتحليل الإحصائى المناسب ، مع العناية بالمقارنات الكمية الدقيقة بين نتائج الأساليب العلاجية المختلفة .

المرحلة الثانية :

وقد تحرك فيها من التركيز على المدمنين المحجوزين (فى المستشفيات على أساس تطوعى أو أساس أحكام قضائية) متجهاً إلى الخروج إلى المجتمع العريض، حيث يعالج المدمن فى إطار قريب من إطار العيادة الخارجية .

ثم المرحلة الثالثة :

وقد انتقل العلاج فيها من تصور نظرى للإدمان شديد التبسيط ، متجهاً إلى الاهتمام بتقدير «نقاط الضعف» و«نقاط القوة» فى المدمن ، والتدبير للإفادة من نقاط القوة ، بالإضافة إلى معالجة نقاط الضعف .

ويقترن الأسلوب الأول باسم بودن H. M. Boudin (وهو علاج سلوكى خالص) ، وأهم عنصر فى هذا الأسلوب هو اعتماد المعالجين المحترفين على «متطوعين» ليسوا معالجين بحكم المهنة ، ولكن يجرى تدريبهم على عدد محدود من العمليات العلاجية اللازمة ، وتهدف هذه الخطوة فى تحقيق غرضين ، هما :

الأول : هو مواجهة مشكلة قلة عدد المعالجين المحترفين ، بالنسبة إلى أعداد المدمنين ، فلو أن الموقف العلاجى أدير بالطريقة التقليدية ، أى معالج واحد من المعالجين المحترفين، لكان أقل بكثير جداً من أعداد المدمنين المحتاجين للعلاج.

الثانى : هو إجراء العلاج فى جو أقرب إلى جو مواقف الحياة العادية خارج المصحات؛ أى حيث توجد المغريات ومثيرات الرغبة فى هذا المخدر أو ذاك ؛ مما يعنى أن العلاج يتصدى مقدماً لمشكلة احتمال الانتكاس التى يشكو منها الجميع ، وتتمثل فى عودة أعداد كبيرة ممن يعالجون داخل المصحات إلى تعاطى مخدراتهم ، عقب الخروج من هذه المصحات مباشرة .

وفى هذا الإطار يعتمد أسلوب بودن على عدد من الإجراءات الفنية ، نجمل أساسياتها فيما يلى :

(أ) ملاحظة الذات .

(ب) تقويم الذات .

(جـ) برمجة تعديل السلوك .

ويكون الهدف من تدريب المدمن على الملاحظة الدقيقة لنفسه ، هو الوصول به إلى الإدراك الواضح لما يسمى (بالأنماط الوظيفية) ، التى يفصح سلوكه الإدمانى عنها .

والنمط الوظيفى فى هذه الحالة هو التسلسل ، الذى يبدأ بوقوع حدث أو سلسلة من الأحداث، لاتلبث أن تثير الدافع إلى تعاطى المخدر ، ثم يقع فعل التعاطى نفسه ، ثم يأتى ما يعقبه مباشرة من مشاعر وأحداث سلوكية ،هى التى تدعم سلوك التعاطى وترسخه ؛ بعبارة أخرى إن النمط الوظيفى (كما يتمثل فى برنامج بودن) هو (مجموعة السوابق) على فعل التعاطى، ثم فعل التعاطى نفسه، ثم مجموعة اللواحق المباشرة .

وتعتبر ملاحظة أو رصد السوابق التى تثير الدافع إلى التعاطى ، ثم ملاحظة أو رصد اللواحق التى تدعم فعل التعاطى نقاط ارتكاز بالغة الأهمية فى برنامج بودن ؛ لأنها تستخدم فيما بعد باعتبارها المعطيات السلوكية ، التى يتناولها المعالج فى تقويم الذات .

ثم تأتى أخيرا مرحلة تقويم أثر العلاج ،وقد أشار بودن إلى أنه استخدم لهذا الغرض أربعة محكات محددة ، وهى :

* مستوى الأداء فى العمل (أو المدرسة) .

* ومستوى التعامل الشخصى والاجتماعى .

* وعدد مرات التعاطى التى قد يتورط المدمن فيها ، رغم مشاركته فى البرنامج .

* وعدد مرات الاصطدام بالقانون أيا كانت نوعية الاصطدام .

العلاج الكيميائي المقترن بالعلاج السلوكي :

ويقوم التأثير المطلوب لهذه المضادات جميعاً (ويطلق عليها أحياناً اسم مضادات الأفيون ؛ لكونها تستهدف أساساً مقاومة إدمان الأفيون ومشتقاته) على مبدأ

محدد ، هو سد الطريق العصبى الذى يسلكه الأفيون ومشتقاته داخل النسيج العصبى لإحداث الإدمان ؛ ذلك أن الأفيون ومشتقاته يتجه أساساً إلى ما يسمى مستقبلات الأفيون فى المخ ، ومنها تنفذ آثاره إلى المخ ؛ وتنعكس بعد ذلك فى خبراتنا وسلوكنا بالأشكال المعروفة (وفى مقدمتها خفض الألم) ، وعلى ذلك فالمضادات التى نحن بصددها تشغل مستقبلات الأفيون فى المخ (دون أن يكون لها تأثير الأفيون ومشتقاته) ، وبالتالى تصبح (أى المضادات) منافساً حقيقيًا للأفيون ومشتقاته . فإذا تناول شخص كمية كافية من أحد هذه المضادات ، (وليكن النالتركسون) بحيث تشغل جميع المستقبلات المتوفرة لديه فى المخ ، ثم تعاطى حقنة هيروين (أحد مشتقات الأفيون) ، فلن يكون لها تأثير على سلوكه؛ لأن السبل أمامها للتأثير فى السلوك أصبحت مسدودة .

هذا هو الأساس الذى تستند عليه فكرة المضادات الأفيونية ، وهو أساس يختلف تماماً عن الأساس الذى تقوم عليه علاجات كيميائية أخرى عرفت وذاعت قبل النالتركسون ، من هذا القبيل الميثادون methadone إذ إن الميثادون يعتمد على فكرة تقديم بدائل للمدمن ، بدائل عن الهيروين ، هى نفسها أفيونية (تحدث قدرا من الاعتماد) ، ولكن لها خصائص فارماكولوجية ، تجعلها أقل قهراً لإرادة المدمن من الأفيون ، ومن المورفين ، ومن الهيروين .

وجدير بالذكر أن هذا هو الأساس، الذى بنيت عليه كثير من العلاجات الكيميائية السابقة ، بل إن الهيروين نفسه اكتشف كجزء من السير فى العلاج الطبى على أساس مفهوم البدائل ؛ لعلاج مدمنى المورفين ، إلى أن تبين فيما بعد (نتيجة لتراكم التقارير الطبية) أنه هونفسه يحدث قدراً من الإدمان أشد قهراً لإرادة المدمن من المورفين ، أما مع النالتركسون فنحن نتحرك طبياً على أساس علمى يختلف تماماً عن ذلك الأساس الجديد ، إلا وهو سد الطريق لا تقديم البديل .

مناقشة النتائج :

(١) تشير نتائج الدراسة إلى تفوق كل من الحالتين ، اللتين كان الأفراد فيهما يتناولون النالتركسون ، فقد تفوق هؤلاء على الأفراد المشاركين فى مجموعة العلاج السلوكى فقط .

(٢) ولم يوجد فرق يستحق الذكر ، فى النتائج النهائية (من حيث درجة الشفاء) بين مجموعتى النالتركسون ، وهذا يعنى أنه حيث يعطى

النالتركسون ، تكون توقعات التوقف عن تعاطى الهيروين مرتفعة .

(٣) ولكن ليس معنى ذلك أن العلاج السلوكى لم يكن له قيمة ؛ إذ يتضح من تفصيلات النتائج أن العلاج السلوكى كانت له فائدة محققة فى المراحل المبكرة من العلاج، مما يتيح للأفراد نسبه من الاسترخاء (المصحوب بالشعور بالطمأنينة) بالإضافة إلى دعم الشخصية (نتيجة لما تكتسبه من مهارت اجتماعية جديدة) فى مواجهة دوافع اللهفة، وفى مواجهة ضغوط البيئة الاجتماعية الفاسدة.

إعادة التأهيل :

(١) التأهيل الاجتماعى :

تتكون فى المجتمعات الغربية آليات اجتماعية متعددة ، ومن هذا القبيل ما يعرف بجماعات المساعدة الذاتية ، (كجماعات المدمنين المجهولين، والمجتمعات العلاجية ومراكز الانتظام العابر بأشكالها المختلفة)، وقد تكون بعض هذه الآليات غير ملائمة لظروف الحياة فى مصر ، وقد يكون بعضها ملائماً ، ومع ذلك فالغالب أن الملائم منها لايصلح للنقل المباشر ، ولكن يصلح لأن نستخلص منه ما يجعلنا نصل إلى شكل جديد ، يكون أكثر قبولاً لدينا ، وأقرب إلى أشكال الحياة المستساغة فى مجتمعنا.

(٢) المجتمعات العلاجية :

تقوم فكرة المجتمع العلاجى أساساً على الاهتمام بـ (الشخص المدمن) أو المسرف فى تعاطى المواد المخدرة ، بدلاً من الاهتمام بالمادة المخدرة . بعبارة أخرى.. فإن التوجه الأساسى هنا هو النظر إلى الإدمان أو الإسراف فى تعاطى المخدرات، على أنه عرض ضمن مجموعة من الأعراض ، التى تفصح عن أننا بصدد شخصية، تورطت فى تنمية ودعم نمط معقد التوافق ، محوره الاعتماد على مادة مخدرة .

(٢) التأهيل المهنى :

أ- الإرشاد المهنى .

ب- قياس الاستعدادات المهنية للمدمن فى فترة النقاهة .

جـ- التوجيه المهنى .

د- التدريب على وظائف مختارة .

هـ- المتابعة .

(٤) التدريب :

شروط عامة فى برامج التدريب :

١- تحديد هدف البرنامج أو أهدافه .

٢- تحديد الموضوعات التى ستقدم فى البرنامج .

٣- تحديد وتوصيف المهارات العلمية ، المطلوب من المتدربين أن يتقنوها، من خلال تلقيهم هذا البرنامج .

٤- تحديد نوع المتلقى الملائم لتقلى هذا البرنامج .

٥- تفصيل البرنامج فى شكل بنود متوالية ، فى إطار برنامج زمنى محدد.

٦- إعداد وتوفير المواد اللازمة لتقديم هذا البرنامج التدريبى ، (مثل مصادر المعلومات التى يمكن الرجوع إليها ، وبيان بالمهارات المطلوب اكتسابها والأدوات المساعدة للشرح والتوضيح ... إلخ) .

التوصيات :

(١) العلاج :

١- التوصية الأولى :

توصى اللجنة بأن تمضى الدولة فى طريق إنشاء مزيد من مصحات علاج الإدمان، حيث تستوجب الحالات الإيداع لأسباب قانونية، أو الحجز لأسباب طبية. وفى الوقت نفسه تعنى بدعم العيادات الخارجية القائمة، وإنشاء المزيد منها ؛ لتشجيع حالات التعاطى المبكر على التقدم طواعية لطلب العلاج.

وتوصى اللجنة بتزويد محافظات الجمهورية بهذه المصحات والعيادات ، وأن تسترشد فى تحديد أولوياتها بما تكشف عنه الدراسات العلمية المتوافرة عن توزيع كثافة العرض والطلب فى مناطق البلاد المختلفة .

٢- التوصية الثانية :

توصى اللجنة بأن تتبنى الدولة فوراً دعم العيادات الخارجية الملحقة بخدمة الصحة المدرسية ، وإنشاء المزيد منها ، بحيث تتمكن هذه العيادات من التدخل العلاجى فى حالات التعاطى المبكر بين التلاميذ .

وترى اللجنة أن هذا الدعم والإنشاء يجب أن يستعين فى مساره بما تكشف عنه الدراسات الوبائية المصرية من توزيع لكثافة الطلب ، بين التلاميذ فى مناطق القطر المختلفة .

وجدير بالذكر أن خدمة الصحة المدرسية تغطى الاحتياجات الطبية لقطاع من صغار الشباب لايستهان بحجمه ، ولا بدلالته الاستراتيجية بالنسبة لمستقبل البلاد. وجدير بالذكر أيضاً أن أخطر الأعمار فى هذا القطاع ، أى أكثرها استهدافاً لتعاطى المخدرات (بين الذكور) هو العمر مابين ١٦ – ١٧ عاماً .

٣– التوصية الثالثة :

توصى اللجنة بأن تتبنى سياسة مماثلة بشأن دعم العيادات الخارجية ، الملحقة بمستشفيات الطلبة الجامعيين .

٤– التوصية الرابعة :

كذلك توصى اللجنة بأن تتبنى الدولة سياسة مماثلة فيما يتعلق بالعيادات الخارجية القائمة على علاج عمال الصناعة التابعين للقطاع العام الصناعى . سواء كانت ملحقة بالمصانع ، أم تابعه لنظام التأمين الصحى .

٥– التوصية الخامسة :

توصى اللجنة بأن يراعى فى إنشاء وتشغيل مصحات علاج الإدمان شرط استقلال هذه المصحات ، استقلالا تامًا، من حيث المبانى والإدارة ، عن مصحات الأمراض العقلية .

٦– التوصية السادسة :

توصى اللجنة بأن يراعى عند إنشاء وتشغيل مصحات علاج الإدمان الفصل التام بين أقسام مخصصة لإيداع حالات الإدمان المحولة بأحكام من المحاكم ، وأقسام أخرى مخصصة لاستقبال وحجز الحالات المتطوعة بطلب العلاج؛ درءاً لأخطار كثيرة يمكن أن تحدث نتيجة الخلط بين نزلاء النوعين من الأقسام .

٧– التوصية السابعة :

لما كان التدريب النوعى أمراً بالغ الأهمية بالنسبة لجميع أعضاء الفريق العلاجى ، الذى يشمل أساساً : الطبيب ، والممرض والأخصائى النفسى ، والأخصائى

الاجتماعى ؛ لذلك توصى اللجنة بأن يسير العمل فى إنشاء وتشغيل ودعم مصحات وعيادات علاج الإدمان– جنبا إلى جنب – مع تدريب المرشحين للعمل فى هذه الخدمات . ويمكن الاعتماد فى البداية على برامج تدريبية قصيرة ومكثفة ؛ خاصة بالنسبة للعاملين فى العيادات الخارجية .

وفى هذه الحالة يقتصر التقديم لهذه البرامج التدريبية على المرشحين للعمل فى مصحات الإدمان الرئيسية .

٨– التوصية الثامنة :

نظراً لأن التدخل العلاجى المبكر يعطى عائداً أفضل وأقل تكلفة على نقيض ذلك التدخل العلاجى المتأخر ؛ لذلك توصى اللجنة أن تتبنى الدولة سياسة الكشف عن حالات التعاطى المبكر على أوسع نطاق ممكن .

ولايشترط أن يتم ذلك فوراً ، ولكن قد يرى المجلس أن يتم ذلك على مراحل .

ومن بين طرق الكشف عن حالات التعاطى المبكر ، نذكر ما يأتى :

(أ) حالات طلب الانضمام إلى النوادى والفرق الرياضية .

(ب) حالات طلب الالتحاق بالمعاهد العليا والجامعات .

(جـ) حالات التقدم لبعض الوظائف الخطيرة ، مثل : قيادة الطائرات ، والعمل فى أبراج مراقبة المطارات .

فى هذه الحالات جميعاً ، يجب أن يصبح الكشف عن التعاطى المبكر للمخدرات جزءاً لايتجزأ من الفحوصات الروتينية التى تجرى على الأشخاص ، ولايكون الهدف من هذا الكشف هو التنجيم ، ولكن التحويل إلى جهة الاختصاص لإجراء التدخل العلاجى المناسب .

٩– التوصية التاسعة :

توصى اللجنة بأن تتبنى الدولة نظاماً للكشف عن التعاطى فى حالة حوادث الطرق ، ومخالفات المرور الخطيرة على الطرق السريعة بوجه خاص ، وأن تترتب على نتيجة هذا الكشف تقدير مدى العقوبة التى ستتحرر على أساسها هذه المخالفة .

١٠– التوصية العاشرة :

لما كان الإدمان زملة من الأعراض والاضطرابات العضوية والنفسية

والاجتماعية ؛ لذلك توصى اللجنة بأن يوضع نظام علاج للمدمنين ، على أساس أنه يتبع عدة مراحل ، كل مرحلة تسلمه إلى المرحلة التى تليها ، بدءاً من مرحلة التطهير من سموم المخدرات ، ومروراً بالعلاج النفسى ، ووصولاً إلى مرحلة الرعاية اللاحقة.

ويستلزم هذا التصور إقامة نظام إدارى معين لإدارة العمل فى المصحات ، وقد يتطلب هذا النظام إنشاء أقسام بها لما يسمى «بالمجتمعات العلاجية»، مع ابتكار الإدارة الملائمة لها . وقد يتطلب ذلك توثيق الصلة بمنشآت مستقلة لهذه المجتمعات العلاجية؛ حيث تجرى عمليات إعادة التأهيل للمدمنين .

علاج الإدمان (زملة الاعتماد) :

١- يجب إدخال المريض لوحدة مميزة للإدمان فى إحدى مستشفيات الطب النفسى، أو لمستشفى خاص بالإدمان على أن يكون لهيئة التمريض والعلاج خبرة خاصة بأساليب علاج الإدمان بكافة أنواعه ، وقد حاول البعض علاج المدمنين بالعيادة الخارجية أو بالمنزل وأتت هذه المحاولات بنتائج غير مشجعة ؛ نظراً لعدم الانتظام فى العلاج، وعدم مطاوعة النظم الخاصة بالعزل ، وعدم الاختلاط برفقاء الاعتماد ، ناهيك عن القدرة الفائقة للحصول على المواد المؤثرة نفسيًا بطرق ملتوية خفية ، على الرغم من الرقابة المشددة للأسرة .

وتختلف المراكز العلاجية فى مدة إقامة المدمن ، وتتراوح من شهر إلى ٦ شهور ، حسب نوع ومدة الإدمان وشخصية المدمن والمساندة الأسرية .

٢- علاج أعراض انسحاب المادة المؤثرة نفسيا ، والتى تختلف أعراضها حسب المادة ، وقد سبق شرح ذلك مع ذهان السموم فى الكحول والمورفين والهيروين والكوكايين، والمطمئنات والمنومات. ويستغرق ذلك فترة تتراوح من أسبوع إلى ثلاثة أسابيع ، ويعتقد البعض أنه من الأفضل أن يمر المريض بفترة من الألم ، من جراء توقف العقار ؛ حتى لايعود إلى هذه التجربة بسهولة مرة ثانية .

وتوجد نسبة لاتقل عن ٢٠ ٪ لاتعانى من أعراض الانسحاب الأليمة، ويعطى الآن العلاج المتخصص لخفض شدة أعراض الانسحاب .

(أ) التنويم والتخدير طويل لمدى باستعمال الكلوربرومازين عن طريق الحقن فى العضل كل ٨ أو ١٢ ساعة لعدة أيام ، ثم الانتقال إلى العلاج بالفم ، ويعطى أحياناً عقار الكلورميثيازول (الهمنفرين) بالوريد بالنقطة أو الفم ، خاصة فى حالات إدمان الكحوليات.

(ب) تستعمل أحيانا عقاقير البنزوديازيبين ، مثل : الليبريم ، الفاليوم ، الأتيفان، السيريباكس فى الشخصيات السوية .

(جـ) تستعمل أحيانا العقاقير المضادة للصرع ، مثل : التجريتول ، الديباكين، الريفوتريل .

(د) مضادات القلق والاكتئاب لها فوائد فى تخفيف هذه الأعراض ، علاوة على المساعدة على النوم .

(هـ) العقاقير المؤثرة على المستقبلات الأدريناليه مثل الكلونودين، والذى يستعمل فى علاج ارتفاع ضغط الدم ، ويقلل كثيرا من أعراض الانسحاب ، خاصة مع الهيروين .

(و) الأنسولين المعدل بإعطاء من ٢٠ - ٦٠ وحدة صباحا ، حتى يبدأ المريض فى العرق وسرعة النبض ، ويعطى بعدها مواد سكرية غنية بالنشويات.

(ز) لامانع من استعمال الفيتامينات والمقويات والمشهيات والمواد البناءة للجسم.

ونادراً ما نلجأ لجلسات تنظيم إيقاع المخ (الجلسات الكهربائية) ، ولايحتاج إدمان المنبهات والحشيش والكوكايين إلى أكثر من بعض المطمئنات ؛ حيث إن الأعراض الجانبية محدودة ومدتها قصيرة .

وفى حالات إدمان المطمئنات والمنومات ، مع وجود حالة جسمانية ضعيفة.. يفضل التوقف تدريجيا خوفاً من الهذيان والنوبات الصرعية .

٣- العلاج النفسى الفردى والجمعى ، وهو أحد الأسس المهمة فى العلاج بعد فترة الانسحاب ، ويشمل معرفة الدوافع اللاشعورية للاستمرار فى الاعتماد، وفهم الإليات المكبوتة ، والرغبة الدفينة فى التحطيم الذاتى غير المباشر، وتقوية الذات وترويض الإرادة ، وتأهيل المريض لمواجهة المجتمع.

وفي البلاد الأجنبية، ينضمون لجماعات المدمنين المجهولين أو الكحوليين المجهولين ؛ لمساعدة التائب في عدم العودة للمواد .

وللأسف تدل أبحاثنا أنه بعد علاج مرحلة الانسحاب ، لايستمر في العلاج النفسي والتردد على العيادة أكثر من ٣٠٪ من الحالات .

٤- العلاج السلوكي المنفر ، سبق تفسير ذلك سالفاً ، مثل : استعمال الانتابيوز مع الكحول والتركسان مع الأفيون والهيروبين . وللأسف، لايوجد علاج مماثل في المطمئنات والمنومات، وعلى الرغم من أنه قيل أن لمضادات الاكتئاب ثنائية الحلقات دوراً فعالاً مع الكوكايين والأمفيتامين .

٥- منع النكسات بواسطة برنامج سلوكي معرفي يشمل تدريب المهارات الاجتماعية ، مع التدخل المعرفي في المواقف أو الأفكار أو الرموز ، التي قد تصيب المدمن باللهفة ، وتؤول به إلى سقطة (Lapse) وقد يؤدي تكرارها إلى نكسة (Relapse) .

مآل الاعتماد (الإدمان) :

توجد صعوبة بالغة في إعطاء صورة واضحة لمصير علاج المدمنين ؛ حيث إنها تختلف بإختلاف الشخصية والمساندة الأسرية ، وطبيعة العمل ، وأماكن العلاج ومدة العلاج والمتابعة ، وقد سبق الذكر أن حوالي من ٧٠ – ٨٠ ٪ من المدمنين يتوقفون عن التردد لتكملة العلاج التأهيلي والنفسي ، بعد خروجهم من المستشفى أو اختفاء أعراض الانسحاب ؛ خاصة أنه لاتوجد دراسات في أي مكان في العالم لمتابعة المدمن ؛ نظرا للتقلب من مكان لآخر، والتردد على عدة أطباء ومراكز مختلفة .

وإن لم نستطع التعميم في مآل الإدمان ، إلا أنه من المعروف أن الشخصية السوية التي ابتليت بالإدمان لأسباب نفسية أو آلام جسدية مآلها هو الشفاء ، وكذلك مرضى الاكتئاب والفصام حيث يعتبر الإدمان ثانويا للمرض الأصلي حيث كانت بدايته لتخفيف الآلام النفسية ... هؤلاء أيضا مآلهم الشفاء من خلال علاج المرض الأولي، أما المآل السئ فهو في الشخصية ضد الاجتماعية والشخصيات الحديثة .

وتدل الأبحاث الحديثة والمتابعة لإدمان الهيروين أن نسبة الوفاة تتراوح ما بين ٣ – ٥ ٪ كل عام ؛ أي إن ١٥ ٪ من المرضى يموتون خلال ثلاث سنوات من الإدمان، والبعض ينتهي به المسار بالإصابة بأعراض عقلية أو الإيداع في السجون .

وقد وجد جونسون (١٩٨٧) أن ٤٧ ٪ من مدمنى الأفيون والهيروين توقفوا عن التعاطى بعد ٦ شهور ، ويحتمل أن يتعاطى الفرد مرة أو مرتين المواد أثناء المتابعة ، ولكنها لاتنتهى بنكسة .

وقد وجد المؤلف (١٩٨٩) فى متابعة مائة وثمانين مدمن هيروين أن نسبة التوقف عن التعاطى بعد ٦ شهور هى حوالى ٣٤ ٪ ، ويبدو أن النسبة العالمية لمآل إدمان الهيروين هى الانقطاع عن التعاطى فى الثلث ، وعدة نكسات واضطراب فى العمل والتوقف أحياناً ، ثم العودة ثانياً فى ثلث آخر، أما الثلث الباقى فينتهى فى السجون أو مستشفيات الأمراض العقلية أو الوفاة .

وقد صدر فى عام ٢٠٠٩ تعديل وتحديث للإستراتيجية القومية لمكافحة الإدمان فى مصر بعد الإستراتيجية الأولي ١٩٩٢ وسنشير هنا إلي أهم ملامح الإستراتيجية القومية الجديدة لمواجهة مشكله المخدرات فى مصر فى عدد من النقاط أهمها نوجزها فيما قدمته أ.د. نجوي الفوال ، مديرة صندوق الإدمان فى تقديمها للإستراتيجية.

١) الجهود السابقة فى التخطيط الإستراتيجى لمكافحة المخدرات فى مصر:

إن كل من المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى لم يأل جهداً فى سبيل التخطيط الاستراتيجى الفعال من أجل مواجهة مشكله المخدرات وتعاطيها وإدمانها فى المجتمع المصرى . بل ويحسب للمجلس- ولهيئة مستشاريه العلميين- أنهم كانوا سباقين فى وضع الإستراتيجية القومية المتكاملة لمكافحه المخدرات ومعالجه مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر فى بداية التسعينيات من القرن العشرين، وذلك قبل عدة سنوات من انطلاق دعوة الجمعية العامة للأمم المتحدة فى دورتها الاستثنائية عام ١٩٩٨ لكافه الدول الأعضاء إلي صياغة استراتيجيات وطنيه لمواجهة هذه المشكلة. ومع بداية القرن الحادى والعشرين أطلق كل من المجلس والصندوق رؤية استراتيجيه جديدة لمواجهة مشكله المخدرات وذلك فى عام ٢٠٠١ .

وقد اعتمدت كل من الإستراتيجيتين علي التراكم العلمى المستمر فى دراسة ظاهرة المخدرات فى المجتمع المصرى، وذلك علي مدي ما يقرب من خمسين عاماً،

أى منذ بداية العمل فى بحث تعاطى الحشيش فى القطر المصرى فى المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية (١٩٥٧)، والذى أسس مدرسه يقودها العالم الجليل الدكتور مصطفي سويف، وقد أثمر البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات بالمركز العديد من التقارير البحثية الميدانية التى هدفت إلي رصد الظاهرة وتطورها ووضعها تحت مجهر البحث والدراسة. وكانت هذه الدراسات والبحوث مع ما أنتجته الجماعة الأكاديمية المصرية بتخصصاتها الاجتماعية والنفسية خير قاعدة معرفية تتبنى عليها جهود التخطيط الاستراتيجى لمواجهة تعاطى وإدمان المواد النفسية، علي أساس واقعى وعلمى رصين.

٢) مبررات مراجعة وتطوير الإستراتيجية:

وقد كان لهذه التحولات الاجتماعية المسارعة أثارها علي كافة العمليات المرتبطة بظاهرة المخدرات، الأمر الذى استدعي وقفه للتأمل وللمراجعة، من أجل دراسة ما تم انجازه فى التعامل مع هذه الظاهرة سعياً نحو تنميته والبناء عليه، مع رصد لما لم يتم بلوغه من أهداف، والوقوف علي العقبات والصعوبات التى حالت دون ذلك. ويمكن تحديد أهم الاعتبارات التى فرضت مراجعة ما سبق وضعه من استراتيجيات فيما يلى:

أولا: ما يموج به المجال الإقليمى لمصر من صراعات وحروب فى عدد من الدول المحيطة، مثل العراق وفلسطين والصومال وأفغانستان والسودان، وما أدي إليه ذلك من تهيئة الظروف والمناخ المواتى لانتعاش زراعة المخدرات والاتجار فيها فى تلك الأقاليم، ومحاولة اتخاذ مصر – بحكم موقعها، إما معبرا للمرور أو سوقا للترويج لتجارة المواد المخدرة وهو ما يلقي بصعوبات بالغة علي الجهاز الأمنى فى مصر لمواجهة المشكلة.

ثانيا: التحولات الاقتصادية والسياسية التى مرت وتمر بها مصر منذ نهاية القرن العشرين وتأثيراتها علي الواقع الاجتماعى من حيث زيادة الانفتاح علي الثقافات الأخري فى العالم، فى الوقت الذى حدث فيه تراجع فى دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية كالأسرة والمدرسة، الأمر الذى أحدث بعض التأثير فى منظومة

القيم السائدة فى المجتمع المصرى، وبخاصة لدي الأجيال الشابة، وهي الفئات المستهدفة أساساً من ترويج المخدرات والمواد النفسية، وتشير بعض التقارير إلي دخول فئات وشرائح جديدة إلي ميدان التعاطى، بل وانخفاض العمر الموالي لبدء التدخين وتعاطى المواد النفسية ومن ثم أصبح لزاماً مراجعة هذا الوضع، ووضع الخطط والاستراتيجيات الكفيلة بمواجهة هذه الأوضاع وذلك انطلاقاً من الثقة فى قدرة المجتمع المصرى علي مواجهة التحديات التى شهدها علي مر التاريخ.

ثالثاً: التغيرات التى طرأت علي ظاهرة المخدرات نفسها، ومنها الزيادة فى زراعه مخدرالبانجو ودخوله إلي سوق المخدرات بقوة، حيث زاد المضبوط منه فى عام ٢٠٠١ بنسبه ٦٨٪ عما أمكن ضبطه فى العام السابق له. هذا بالإضافة إلي النشاط المكثف لعصابات التهريب الدولية بهدف فتح أسواق جديدة لأنواع مستحدثه من المواد والعقاقير المخدرة، واستحداث مواد إدمانية جديدة مصنعه يصعب السيطرة عليها لدخولها ضمن مواد صناعية أخري مستخدمة في صناعات مشروعة ومع ظهور أنواع مخدرات جديدة وكذلك مع تنامى زراعه المخدرات وخاصة البانجو فى سيناء، ومع ضبط كميات مهولة من الأفدنة المزروعة بنبات القنب فى صعيد مصر، وهو ما يعني أن هناك ظاهرة جديدة تتعلق بتزايد زراعة المخدرات تقتضي اتخاذ الإجراءات حيالها.

رابعاً: تنامى دور المجتمع المدنى من جمعيات أهلية وأحزاب سياسية وجهود نقابية، وما لتوظيف هذا الدور فى مواجهة ظاهرة المخدرات من أهميه، الأمر الذى يفرض المزيد من التنسيق والشراكة الحقيقية مع كافة هذه التنظيمات.

خامساً: تطور تكنولوجيا الاتصال وبخاصة الاتصال المرئى ودخوله عصر البث الفضائى، وما تزامن معه من ثورة معلوماتية نتجت عن استخدام التكنولوجيا الرقمية من خلال شبكة المعلومات الدولية(الانترنت)، وهو أمر يفرض مراجعة ما يتم تداوله من معلومات، وأسلوب هذا التداول حول ظاهرة المخدرات، والتوجه نحو التوظيف الأمثل لوسائل الاتصال والوسائط الثقافية في خدمة أهداف المواجهة الشاملة للظاهرة، ولاشك فى أن جماعات الجريمة المنظمة قد استخدمت وسائل التكنولوجيا

الحديثة للاستفادة منها فى عمليات التصنيع والترويج، ويجب أن نشير هنا إلي أن المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية كان سباقاً فى دراسة هذه الظاهرة، من خلال تقرير بحثى بعنوان الوسائط المعرفية ومشكلة المخدرات.

كل هذه التحولات والتغيرات الاجتماعية (بالمعني الواسع للمصطلح) قد فرضت ضرورة مراجعة وتطوير الإستراتيجية الوطنية لمواجهة مشكله المخدرات فى مصر. إلا انه ينبغى التأكيد علي أن أى تخطيط استراتيجى فى مجال مكافحة المخدرات ينبغى أن ينطلق من الجهود السابقة فى وضع استراتيجيات قومية متكاملة لهذه المواجهة، حيث تبقي هذه الجهود هى الأساس وقاعدة الانطلاق، وهو ما اتخذته اللجنة المشكلة لمراجعة وتطوير إستراتيجية مواجهة مشكلة المخدرات فى مصر فى حسبانها، حينما بدأت عملها بعد صدور قرار رئيس المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان (بالتفويض) رقم (١) لسنة (٢٠٠٥) بتشكيلها، وذلك من أجل مراجعة الإستراتيجية القومية القائمة لمكافحة وعلاج الإدمان والوقوف علي الأبعاد المطلوب تطويرها والإضافة إليها فى ضوء المستجدات فى المحيط الداخلى والخارجى، وما اعتري الظاهرة نفسها من تغيرات، علي أن تتضمن المراجعة اقتراح الآليات والبرامج والخطط التى تسعي الإستراتيجية إلي تحقيقها وتنفيذها فى المرحلة المقبلة.

٣) أهداف مراجعة وتطوير الإستراتيجية:

١- رصد ما تم من انجازات وما أمكن تحقيقه وما لم يتم تحقيقه، ومحاولة استكشاف الصعوبات التى حالت دون إكمال الانجاز، بالإضافة إلي ترجمة بعض جوانب الاستراتيجيات السابقة إلي إجراءات عملية تطبيقية، أو إعادة صياغة الأهداف بطريقة تجعلها قابلة للتنفيذ.

٢- البحث فى الجوانب التى تحتاج إلي تطوير أو متابعة أو تحديث لتلاءم المستجدات علي الساحة، وتصويب الخطوات السابقة نحو مزيد من كفاءة الأداء.

٣- تأصيل قيمة الاستفادة من نتائج البحوث العلمية وما تنتهى إليه فى إعداد السياسات والخطط و الاستراتيجيات، وبخاصة فى مجال المشكلات المزمنة والخطيرة ومنها مشكلة تعاطى المخدرات والإدمان.

٤- استنهاض الهمم، وتحفيز الشركاء، وإعادة تقديم الدعوة لهم لتفعيل العمل المشترك فى مواجهة أخطار الإدمان.

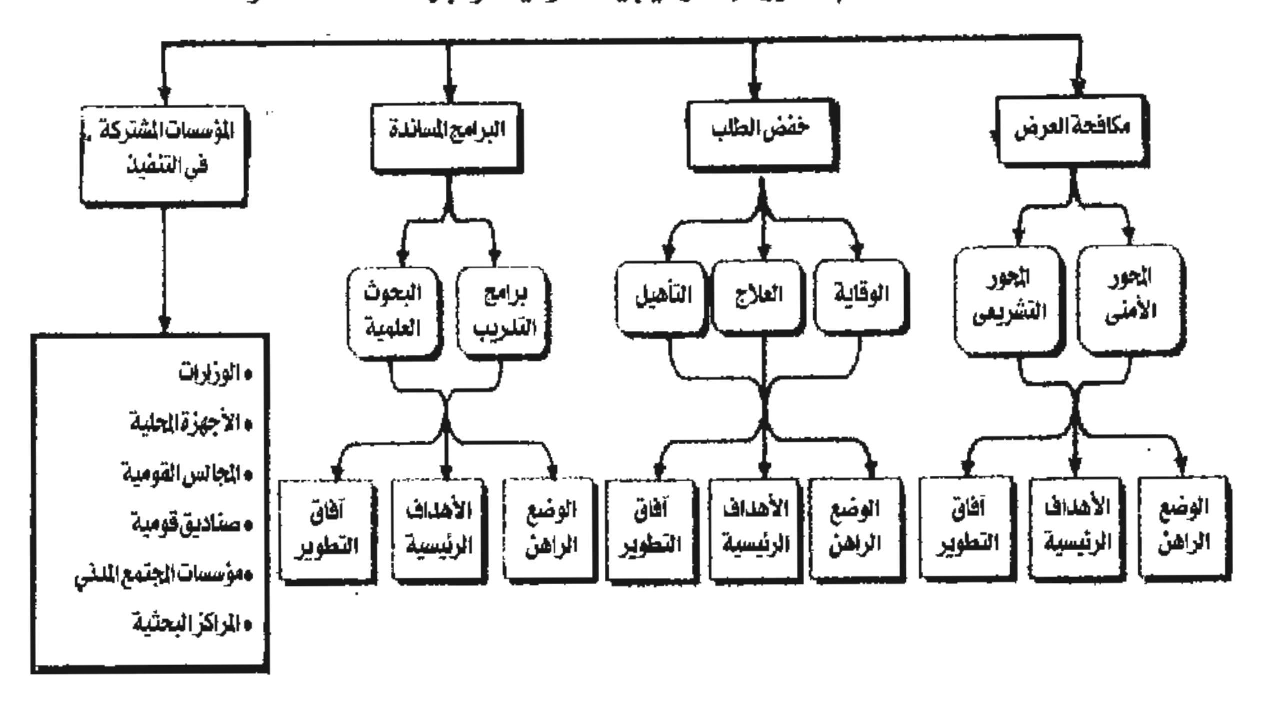
٥- تبني المنهج التكاملى القائم علي التنسيق والمتابعة، لمواصلة العمل والحفاظ علي قوة الدفع التى اكتسبتها الاستراتيجيات السابقة عند بدء العمل بها.

٤) النواتج المتوقعة من تطوير الإستراتيجية:

بديهى أن مراجعه الإستراتيجية ليست هدفاً فى حد ذاتها، وغنما يراد بها أن تحقق عدداً من الأهداف التى سبقت الإشارة إليها، ومن المتوقع انه بالانتهاء من صياغة هذه المراجعة وتطوير الإستراتيجية وبلورتها وطرحها علي المجتمع أن تتحقق النواتج التالية:

١- انتباه المجتمع بكافة مؤسساته إلي خطورة مشكلة المخدرات، وما يمكن أن تسببه من أضرار ومترتبات شديدة الخطورة علي الجوانب الصحية والاقتصادية والاجتماعية والأمنية، يمكن أن تصل إلي حد تهديد الأمن القومى المصرى، وهو ما يمكن أن يؤدي بدورة إلي أن تهب كافة مؤسسات المجتمع الرسمية، ومؤسسات العمل الأهلى لكى تضع مواجهة مشكلة المخدرات بشتي الطرق علي أجندتها، وعلي رأس أولوياتها، بما يتناسب مع خطورة تلك المشكلة، وغني عن البيان أن الدولة وكثيراً من مؤسساتها تدرك خطورة المشكلة، غير انه مع كثرة المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المصاحبة للتغير الاجتماعى من منظوره الواسع، وما يواكبه من أزمات طارئة، فان مشكلة المخدرات قد تتواري أو تترك مكان الصدارة لتتراجع علي قائمة الاهتمامات، وهو أمر لا يمكن قبوله، فخطورة مشكلة المخدرات مستمرة لا تهجع ولا تتراجع أمام القضايا والمشكلات الأخري، بل إن العكس هو الصحيح.

مخطط عام لمحاور الإستراتيجية القومية لمواجهة مشكلة المخدرات



٢– إدراك المجتمع لقيمة العمل الاستراتيجى والخطط طويلة المدي، خاصة مع المشكلات الخطيرة والمزمنة، والتمسك بضرورة الاستفادة القصوي مما تسفر عنه الجهود المخلصة من استراتيجيات وخطط، وكذلك تعظيم الاستفادة مما ينفق فى سبيل إعداد تلك الاستراتيجيات.

٣– المزيد من التحديد للمسئوليات والأدوار، بحيث تضطلع كل مؤسسات المجتمع بمسئولياتها وتقوم بالأدوار المنوطة بها، والتخلى عن تكرار الجهود أو تداخل المسئوليات، وهو ما من شأنه المزيد من الكفاءة فى السياسات الموضوعة لمواجهة ظاهرة تعاطى المخدرات وإدمانها فى مصر.

٤– يترتب علي الناتج السابق كسب شركاء جدد فى معركة مواجهة المخدرات سواء من داخل المؤسسات الرسمية فى الدولة، أو من مؤسسات المجتمع المدنى والمنظمات غير الحكومية، حيث أن مواجهة مشكلة المخدرات لن تتم بنجاح من خلال مؤسسة واحدة او وزارة معينة بل لابد من التعاون والتنسيق الكامل والشراكة الحقيقية بين كافة مؤسسات الدولة والمجتمع.

وتنقسم الإستراتيجية إلي محاور عامه هى مكافحه العرض وخفض الطلب

والبرامج المساندة، والمؤسسات المشاركة فى التنفيذ، وقد انقسم محور مكافحة العرض إلي محور امنى وأخر تشريعى، أما محور خفض الطلب فأنقسم إلي جهود الوقاية والعلاج والتأهيل، فى حين تناولت البرامج المساندة برامج التدريب والبحوث العلمية. وتحت كل محور من المحاور الفرعية كان هناك حرص علي تسجيل الوضع الراهن لكل محور، وتحديد الأهداف التى نتوخي تحقيقها فى الفترة القادمة، ومناقشة آفاق التطوير فى كل محور، والإشارة إلي المؤسسات المشاركة فى تنفيذ كل محور من محاور الإستراتيجية.

وسأتناول باختصار الوضع الراهن لكل محور من محاور الإستراتيجية والتحديات التى تواجهها فى تحقيق الأهداف المنوطة بها، وآفاق التطوير فى كل محور، فعلي المحور الأمنى كان من أهم الأهداف تقليص الزراعات المخدرة وتعقب عمليات غسيل الأموال، وقد أنشأت مصر جهازاً خاصاً بمواجهة عمليات غسيل الأموال، ثم الظاهرة الجديدة الخاصة بالتحالف بين تجارة المخدرات والإرهاب،وكيف يمكن تفكيك العلاقة القائمة بينهما. ومن أبرز النقاط فى مجال التطوير الأمنى هى ضرورة مراجعة القانون المنظم لمهنة الصيدلة فى مصر، إذ أن العقاقير والأدوية هى من أكثر المواد المخدرة المنتشرة فى مصر.

وبخصوص المحور التشريعى فمصر تعاني من تشدد تشريعى بشأن مواجهة مشكلة المخدرات، لأنه كلما زادت وطأة المشكلة علي المجتمع، كلما اتجه المشرع لتغليظ العقوبة، وإن كان هناك الكثير من المشكلات الخاصة بتطبيق هذه القوانين.وكذلك فإن التشريعات الخاصة بالمخدرات تركز علي مكافحة عرض المخدرات، وخاصة الزراعات والتهريب والجلب، أما البعد الخاص بالحد من الطلب علي المخدرات فلازالت مصر تفتقر إلي التشريعات التى تيسر عمل ومهمة المؤسسات المعنية بمكافحة الطلب علي المخدرات، وهناك أيضا افتقار إلي بعض التشريعات التى يمكن أن تسهم فى مكافحة التعاطى والإدمان والحد منهما، كضرورة وجود تشريع يلزم بإجراء تحليل للمخدرات عند تولي بعض الوظائف.

والأهداف الرئيسية التى يطرحها ذلك المحور هى إيجاد منظومة تشريعية

تتعامل مع كل من العرض والطلب، والتصدى للأساليب المستحدثة فى الجلب والترويج والجريمة المنظمة، وضمان المعاملة العلاجية للمدمنين، وتفعيل التعاون الجنائى الدولى، وقيام قضاء متخصص فى المخدرات.

وإذا انتقلنا إلي المحور الخاص بخفض الطلب علي المخدرات ، والمقصود بخفض الطلب علي المخدرات ليس القضاء علي المخدرات وإنما الحد من المشكلة إلي أبعد الحدود، وسنتحدث فيه عن الجهود الوقائية ، والخدمات العلاجية ثم عن الحلقة المفقودة فى العلاج وهي خدمات التأهيل وإعادة الدمج المجتمعى.

والجهود الوقائية تمثل صلب الإستراتيجية فهى أكثر الأجزاء زخماً واستفاضة فى الحديث عن مؤسسات الوقاية المختلفة، ومن الأمور الجيدة التى تحسب لجهود الوقاية هو وجود زخم كبير من الدراسات والبحوث التى تلبي حاجة صانع القرار لوضع السياسات الكفيلة بالمواجهة، ولكى تكون مرشداً له فى وضع هذه السياسات، واتضح ذلك جلياً من البرنامج الذى نفذه الصندوق بالتعاون مع المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية حول ثقافة المخدرات فى المجتمع المصرى، والذى أفادنا كثيراً فى عملية المواجهة الثقافية والإعلامية وكيفية تصميم البرامج والحملات الموجهة للشباب.

وهناك الكثير من البرامج الوقائية التى يتم تنفيذها، بعضها من جهات حكومية وأخري من جهات غير حكومية وأهلية، وبعضها برامج مخصصة لتوعية الجمهور العام وأخري لتوعية فئات معينة، وكما أشرت هناك جهود أهلية متنوعة تقوم بالعديد من البرامج الوقائية، ولكن هذه الجهود تتسم بالضآلة الشديدة، ويكفي أن نشير إلى أن مصر بها ٢٢ ألف جمعية أهلية، ولا يوجد منهما سوي ٢٦ جمعية أهلية فقط التى تعمل فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان، وذلك علي الرغم من وجود جمعيات منها نشيطة إلي حد كبير وتتعاون مع الصندوق والمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان.

ومن ناحية أخري نحن لازلنا بحاجة إلي ضرورة إعادة النظر فى برامج الأحزاب السياسية فى مصر، فالأحزاب ليس لها برامج ثابتة لمكافحة الإدمان بين شبابها، وإن كان هناك جهد يبذل فى الفترة الأخيرة.

وبالنسبة لأهداف الإستراتيجية فى هذا المجال فهى التنسيق بين المؤسسات العاملة فى مجال الوقاية، وصحيح أن المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان يقوم بدور مهم فى عملية التنسيق والتشبيك بين المؤسسات، إلا أن هذا المجلس يفتقد إلي تمثيل الجهات الأهلية داخل المجلس، وبالتالى فإن جهده مركز لمواجهة هذه الظاهرة فيما يخص الوزارات والجهات الرسمية فقط.

ومن ناحية أخري لابد أن نهتم بتدريب المدربين وتوفير الكوادر المدربة، وتفعيل دور الأسرة المصرية التى اعتراها الكثير من التغير والتى يجب أن تكون حائط للصد الأول، وهناك مؤسسات العمل ، وفي هذا الإطار يتعاون الصندوق بصورة مستمرة وفعالة مع وزارات القوي العاملة، ويجب أن نركز هنا أيضاً علي دور المؤسسة الدينية. وهناك الجهود التى يجب أن تبذلها المحليات حيث كان درها مفتقداً إلي فترة قريبة حتي قام الصندوق منذ ثلاث سنوات بالاتصال بالسادة المحافظين، وتم تعيين أحد المختصين بمعرفة السادة المحافظين فى كل محافظة يعمل كمنسق لبرامج الصندوق المختلفة داخل المحافظة. كما نأمل فى أن يتزايد اهتمام وسائل الإعلام بتلك القضية، وألا يتم التعامل معها كقضية مرحلية أو وقتية، حيث يتم الاهتمام بها عند الاحتفال باليوم العالمى لمكافحة الإدمان ثم يتراجع الاهتمام بها.

وبالنسبة للخدمات العلاجية أود أن أشير إلي وجود تطور كبير فى عملية علاج الإدمان، والصندوق دخل كشريك فى علاج الإدمان فى مصر، حيث توجد بروتوكولات للتعاون وفروع للخط الساخن لعلاج الإدمان بمستشفيات مصر الجديدة للصحة النفسية ومركز الطب النفسى بجامعة عين شمس، وهناك جهود علاجية يقوم بها الصندوق بالتعاون مع مستشفي القوات المسلحة بالمعادي، وهذا جهد مشكور للقوات المسلحة. ويجب الاعتراف بأن هناك ندرة فى الخدمات المقدمة علي مستوي المحافظات، كما أن أقسام علاج الإدمان هى جزء من مستشفيات الصحة النفسية، مما يؤدي إلي وجود خلط فى العملية العلاجية بين علاج الإدمان وبين العلاج النفسى، وهو ما يستدعي استحداث وإنشاء مستشفيات خاصة بعلاج الإدمان تكون خاضعة للدولة، علي غرار المنتجعات الخاصة. ولازلنا نؤكد فى هذه الإستراتيجية

علي ضرورة قياس الجودة فى خدمات علاج الإدمان فى مصر وعلي أهمية البرامج التأهيليه فى العلاج.

ثم ننتقل إلي محور التأهيل وإعادة الدمج المجتمعى، والتأهيل هو أضعف حلقات علاج الإدمان فى مصر ، فلازالت جهود التأهيل النفسى و الاجتماعى ضعيفة رغم أهميته كخطوة أساسية فى المنظومة العلاجية المقدمة للمرضي، وكما أشرت سابقاً من الضرورى إنشاء مراكز علاجية متخصصة فى التأهيل تخضع لرقابة الدولة، مع العناية بتدريب الكوادر، وإشراك الأسرة فى عملية التأهيل، فالمريض يحتاج علي مساندة أسرية ودعم مجتمعى حتي يمكن إعادة دمجه مرة أخري فى نسيج المجتمع. ونأمل أن تتبني الدولة مراكز متخصصة فى التأهيل وأن يتم تطبيق معايير الجودة بداخلها، ونشر ثقافة التأهيل بين أسر المتعافين، وأن تتابع الأسر علاج المتعافين لديها، مع التوجيه لأهمية القطاع الخاص والأهلى فى التأهيل، وكذلك أهمية دور المؤسسات الدينية فى التأهيل، إذ أن لرجال الدين دور مهم فى شحذ المدمنين للتوقف عن التعاطى.

أما البرامج المساندة التى تناولتها الإستراتيجية فهى تلك الخاصة بالبرامج التدريبية والبحوث العلمية، وكنا قد أشرنا سابقاً إلي التدريب فى المحاور السابقة، ولكن فى هذه الجزئية لابد من التأكيد علي أهمية تقييم البرامج التدريبية التى تجري حالياً فى مصر، وعلي دور المجلس فى التنسيق لعملية التدريب وأيضاً إيفاد البعثات لتدريب المدربين، ونأمل مساندة الأمم المتحدة فى هذا المجال.

وبالنسبة للبحوث العلمية فهناك كم هائل من الدراسات حول قضية المخدرات، وفي عام ٢٠٠٤ أصدر المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية مع المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ببيلوجرافيا وافية للدراسات والبحوث التى تناولت مشكلة المخدرات علي المستوي الاجتماعى والنفسى، واتضح أن المدرسة النفسية كان لها السبق فى الدراسات حول التعاطى والإدمان، ولكن لازال التركيز علي الرسائل الجامعية. وتحتاج الفرق البحثية لدفعة جديدة، ولقد تنامت الدراسات الميدانية بشكل كبير ، كما أنه من الضرورى الاتجاه إلي دراسة شرائح جديدة كالأطفال والإناث،

فلقد كان هناك إحجام عن دراسة النساء، علي الرغم مما أظهرته دراسات الصندوق من انخراط الفتيات فى تعاطى الإدمان.

وتجدر الإشارة إلي أنه لا توجد دراسات وإحصائيات دقيقة حول حجم تجارة المخدرات فى مصر، ومن ثم لابد من توفر المزيد من الضبط المنهجى خاصة عند تقدير مدي انتشار الظاهرة.

وبخصوص المؤسسات المشاركة فى تنفيذ الإستراتيجية، فالوزارات المختلفة: كالداخلية، والعدل، والدفاع، والمالية، والصحة، والتربية والتعليم، والتعليم العالى، والأوقاف، والتضامن الاجتماعى، والقوي العاملة، والثقافة لها جهود فى عملية المواجهة، كما أن جميع المحافظات مدعوة للمشاركة فى هذه الجهود، وهو ما يتم بالفعل فى كل المحافظات بالتعاون مع الصندوق، وكذلك المجالس القومية كالمجلس القومى للشباب ، والمجلس القومى للرياضة، والمجلس القومى للمرأة، والمجلس القومى للطفولة والأمومة، والصناديق أبرزها الصندوق الاجتماعى للتنمية باعتباره لديه القدرة علي توفير تمويل المشروعات للشباب المتعافى حتي يمكن دمجهم فى المجتمع مرة أخري، ومؤسسات المجتمع المدنى كالجمعيات الأهلية، والنوادى الاجتماعية، والأحزاب السياسية، وهناك دور مهم للمراكز البحثية، كالمركز القومى للبحوث، والمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ومركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار.



الزملات السلوكية المصحوبة باختلالات وظائفية وعوامل بدنية

BEHAVIOURAL SYNDROMES ASSOCIATED WITH PHYSIOLOGICAL DISTURBANCES AND PHYSICAL FACTORS

نادراً ما يكون التشخيص الفارق لتحديد نوع الزملة السلوكية ، المصحوبة باختلالات وظيفية وعوامل بدنية مشكلة : فقد تكون هناك أعراض اكتئابية أو وسواسية مصاحبة ، بالإضافة إلي سمات اضطراب بالشخصية : مما يطرح مسألة التميز و/ أو استخدام أكثر من رمز تشخيصي .

F59-F50 المتلازمات السلوكية المصحوبة باضطرابات فيزيولوجية وعوامل جسمية
Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors

Code	Arabic	English
F50	**اضطرابات الأكل**	**Eating disorders**
F50.0	القهم (فقد الشهية) العصبى	Anorexia nervosa
F50.1	القهم (فقد الشهية) العصبى غير النموذجى	Atypical anorexia nervosa
F50.2	النهام العصبى	Bulimia nervosa
F50.3	النهام العصبى غير النموذجى	Atypical bulimia nervosa
F50.4	فرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية أخرى	Overeating associated with other psychological disturbances
F50.5	القيءالمصحوب باضطرابات نفسية أخرى	Vomiting associated with other psychological disturbances
F50.8	اضطرابات الأكل الأخرى	Other eating disorders
F50.9	اضطراب فى الأكل ، غير معين	Eating disorder, unspecified
F51	**اضطرابات النوم غير العضوية المنشأ**	**Nonorganic sleep disorders**
F51.0	الأرق غير العضوى المنشأ	Nonorganic insomnia
F51.1	فرط النوم غير العضوى المنشأ	Nonorganic hypersomnia
F51.2	اضطراب نظام النوم واليقظة غير العضوى المنشأ	Nonorganic disorder of the sleep-wake schedule
F51.3	السير النومى	Sleepwalking [somnambulism]
F51.4	الفزع أثناء النوم (الفزع الليلى)	Sleep terrors [night terrors]
F51.5	الكوابيس	Nightmares
F51.8	اضطرابات النوم الأخرى غير العضوية المنشأ	Other nonorganic sleep disorders
F51.9	اضطراب النوم غير العضوى المنشأ، غير المعين	Nonorganic sleep disorder, unspecified
F52	**خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسى ، غير الناجم عن اضطراب أو مرض عضوى**	**Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease**
F52.0	نقص أو فقد الرغبة الجنسية	Lack or loss of sexual desire

Sexual aversion and lack of sexual enjoyment	النفورالجنسى وفقد التلذذ (الاستمتاع) الجنسى	F52.1
Sexual aversion	النفور الجنسى	.10
Lack of sexual enjoyment	فقد التلذذ (الاستمتاع) الجنسى	.11
Failure of genital response	فشل الاستجابة الجنسية	F52.2
Orgasmic dysfunction	خلل الأداء (خلل الوظيفة) فى الإرجاز (هزة الجماع)	F52.3
Premature ejaculation	القذف المبتسر	F52.4
Nonorganic vaginismus	التشنج المهبلى غير العضوى المنشأ	F52.5
Nonorganic dyspareunia	عسر الجماع غير العضوى المنشأ	F52.6
Excessive sexual drive	الدافع الجنسى المفرط	F52.7
Other sexual dysfunction, not caused by organic disorders or disease	حالات خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسية الأخرى ، غير المسببة عن اضطراب أو مرض عضوى المنشأ	F50.8
Unspecified sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease	خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسى ، غير المعين، غير المسبب عن اضطراب أو مرض عضوى المنشأ	F50.9
Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	**الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة لفترة النفاس ، التى لم يتم تصنيفها فى موضع آخر**	**F53**
Mild mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	اضطرابات نفسية وسلوكية خفيفة مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها فى موضع آخر	F53.0
Severe mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	اضطرابات نفسية وسلوكية شديدة مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها فى موضع آخر	F53.1
Other mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	اضطرابات نفسية وسلوكية أخرى مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها فى موضع آخر	F53.8
Puerperal mental disorder, unspecified	اضطراب نفسى وسلوكى مصاحب لفترة النفاس، غير المعين	F53.9

F54	**العوامل النفسية والسلوكية المصاحبة لاضطرابات أو أمـراض تم تصنيفها في موضع آخر**	**Psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elswhere**
F55	**تعاطى المواد التى لاتسبب الاعتماد**	**Abuse of non-dependence producing substances**
F55.0	مضادات الاكتئاب	Antidepressants
F55.1	الملينات	Laxatives
F55.2	المسكنات	Analgesics
F55.3	مضادات الحموضة	Antacids
F55.4	الفيتامينات	Vitamins
F55.5	الستيرويدات أو الهرمونات	Steroids or hormones
F55.6	أدوية عشبية أو شعبية معينة	Specific herbal or folk remedies
F55.8	مواد أخرى لاتسبب الاعتماد	Other substances that do not produce dependence
F55.9	مواد غير معينة	Unspecified
F59	متلازمات سلوكية غير معينة مصاحبة لاضطرابات فيزيولوجية وعوامل جسمية	**Unspecified behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors**

نادراً ما يكـون التشـخـيص الـفـارق لتحـديـد نوع الزملة السلوكـيـة، المصحـوبة باخـتلالات وظيـفـية وعـوامل بدنيـة مشكلة؛ فـقـد تكون هناك أعـراض اكتـئـابيـة أو وسواسـيـة مصـاحبة ، بالإضـافة إلي سمـات اضطراب بالشخصـيـة ؛ مما يطرح مسألة التميز و/ أو استخدام أكثر من رمز تشخيصي .

أولاً : اضطرابات الأكـل : EATING DISORDERS

تحت عنوان اضطرابات الأكل، تندرج زملتان مـهمتان ومحـددتان بوضـوح، هما : فقدان الشهية العصبى والنهام العصبى . كذلك سوف يفرد مكان لاضطرابات الضمور الأقل تعييناً ، وكذلك فرط الأكل حين تصاحبه اضطرابات نفسية، كما سنقدم حاشية قصيرة عن القئ المصحوب باضطرابات نفسية .

فقدان الشهية العصبى (القهم العصابى) :

ANOREXIA NERVOSA

فقدان الشهية العصبى مرض (هو رفض الطعام أكثر منه فقد للشهية) ، يتميز بفقدان وزن واضح تحدثه و/ أو تحافظ عليه المريضة نفسها ، ويحدث المرض غالباً فى الفتيات المراهقات والشابات من النساء . ولكن قد يصاب به الفتيان المراهقون والشباب ، ولكن بدرجة أكثر ندرة ، كما قد يصيب الأطفال قرب البلوغ والنساء الأكبر سنا حتى سن انقطاع الدورة الشهرية ، ويكون فقدان الشهية العصبى زملة مستقلة بالمعنى التالى :

(١) يسهل التعرف على السمات الإكلينيكية للزملة ؛ بحيث يكون التشخيص معولا عليه ، ويحدث عليه إجماع عالٍ من الأطباء .

(٢) أظهرت دراسات المتابعة أن عدداً لابأس به من المرضى ، الذين لايشفون يستمرون فى إظهار السمات الأساسية نفسها لفقدان الشهية العصبى فى شكل مزمن .

وعلى الرغم أن الأسباب الأساسية لفقدان الشهية العصبي لاتزال محيرة ، إلا أن هناك دليلاً متعاظمًاعلى أن العوامل الاجتماعية الحضارية والعوامل الإحيائية تتفاعل معاً لتساهم في إحداثه ، ذلك بالإضافة إلى آليات نفسية معينة (تأثرية) في الشخصية. وتصحب المرض درجات متراوحة من التغذية المنقوصة، مع مايترتب عليها من تغيرات ثانوية هرمونية وأيضية ، بالإضافة إلى اضطرابات في وظائف الجسم. ويبقى هناك بعض الشك فيما إذا كان اضطراب الغدد الصماء الموصوف المميز هو بشكل كامل ؛ نتيجة لنقص التغذية والتأثير المباشر للسلوكيات المختلفة ، التي جاءت به (على سبيل المثال : ضيق مجال الاختيار في الطعام ، وتمارين بدنية شديدة وتغيرات في مكونات الجسم ، والقئ المفتعل والمسهلات ، واضطراب المعادن المترتب على ذلك) أو أن هناك عوامل أخرى غير مؤكدة تلعب دوراً ما .

لقد وضعت معايير دقيقة للوصول إلى تشخيص لا لبس فيه ؛ ولذا يلزم توافر الآتي :

١- هناك فقدان شديد في الوزن (معامل كتليت لكتلة الجسم، يساوي ١٧,٥ أو أقل)، وقد يظهر المرضى قبل البلوغ فشلاً في الوصول إلى معدل زيادة الوزن المنتظر أثناء فترة النمو .

٢- ويستحث نقص الوزن ذاتياً بواسطة :

(أ) تجنب الأطعمة التي تؤدي إلى السمنة .

(ب) الحث الذاتي على القئ .

(جـ) الإسهال المستحث ذاتيا .

(د) التمرينات الرياضية المرهقة .

(هـ) استخدام مفقدات الشهية و/ أو مدرات البول .

٣- خلل في إدراك صورة الجسم ؛ حيث تسير فكرة مهيمنة عن الخوف من البدانة، و/أو ترهل شكل الجسم كفكرة مسيطرة ولها قيمة متجاوزة (مفرطة)، فتفرض المريضة على نفسها حدا منخفضا لوزنها .

٤- اضطراب بالغدد الصماء واسع الانتشار، يتضمن المحور الهيبوثلاموسي- النخامي- (الإدرينالي)، والذي يظهر في الأنثى على شكل انحباس الطمث، وفي الذكر على شكل فقدان للرغبة الجنسية والفحولة (الاستثناء

الواضح هنا هو استمرار النزف المهبلى فى النساء ، فاقدات الشهية ، واللاتى يداومن على علاج هرمونى استبدالى ، عادة ما يكون فى شكل حبوب مانعة للحمل) .

وقد تكون هناك مستويات مرتفعة من هرمونات النمو ، ومستويات زائدة من الكورتيزول ، وتغيرات فى الأيض الطرفى لهرمون الغدة الدرقية واختلالات فى إفراز الأنسولين .

٥- إذا كانت البداية قبل سن البلوغ ، فهنا تتأخر أو حتى تتوقف كل مراحل البلوغ (يتوقف النمو أى فى الفتيات لاتتكون النهود ، ولاتبدأ الدورة الشهرية، وفى الفتيان تبقى أعضاء التناسل على حجمها الطفولى) ومع الشفاء، يستكمل البلوغ بشكل طبيعى ، ولكن تتأخر بداية الدورة الشهرية.

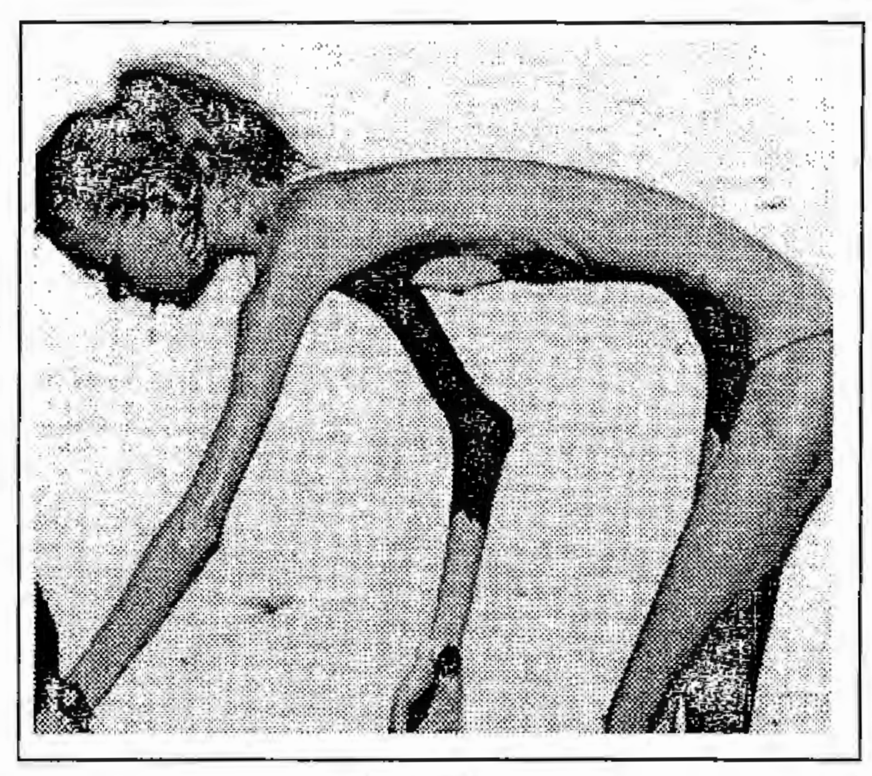
ويبدأ هذا المرض خاصة فى الآنسات المراهقات ، ونادراً مايصاب به الرجال ، وتدمج الآن تحت اضطرابات الأكل منفصلة عن الهستيريا ، ويظهر المرض بعد صراع نفسى بشأن الخطوبة أو الزواج أو خيبة أمل بالنسبة لعمل ما .

ومن الناحية التحليلية يبدو كثير من هؤلاء المريضات ، وكأنهن يربطن بين البدانة والحمل ، وبالتالى بالجنس الذى ينفرن منه ويحاولن كبته ، وعادة ماتعانى مريضات فقدان الشهية العصبى من البرود الجنسى .

ونسبة انتشار المرض بين النساء والرجال تصل إلى ١:٨ ، وتدل الأبحاث الحديثة عن وجود رهاب مرضى من الوزن ، وكذلك اضطراب فى إدراك المريضة لحدود جسمها ؛ إذ إنها ترسم نفسها ، على الرغم من الهزال الشديد وكأنها طبيعية أو تميل إلى السمنة . وحتى الآن لاتوجد علامات واضحة فى اضطراب إفراز الغدد الصماء إلا بعض هرمونات الهيبوثلاموس ، وإن كان البعض يعتقد أنها ثانوية وليست الأساس .

كذلك يبدو الجلد جافاً دقيقاً ، وينخفض ضغط الدم ، وتصاب الأطراف بالبرودة وبعض الزرقة مع إمساك شديد . ويتشابه هذا المرض مع نقص إفراز الغدة النخامية ، ولكنه يتميز هنا بأنه على الرغم من الضعف الشديد والهزال الواضح على المريضة إلا أنها تتمتع بحيوية ونشاط عقلى وجسمى ، لايتوافر فى مريضة الغدة النخامية ، وغالباً ماتتميز الشخصية بعدم النضوج الانفعالى كالشخصية الهستيرية والحدية ، ولكن أحياناً ماتكون الشخصية قهرية .

ويقابل الأطباء صعوبة شديدة فى علاج هؤلاء المريضات ، بل وتصل نسبة الوفاة فى مثل هذه الحالات إلى حوالى ١٥ ٪ ، ويتحول المرض إلى درجة مزمنة فى ٥٠ ٪ من المريضات .

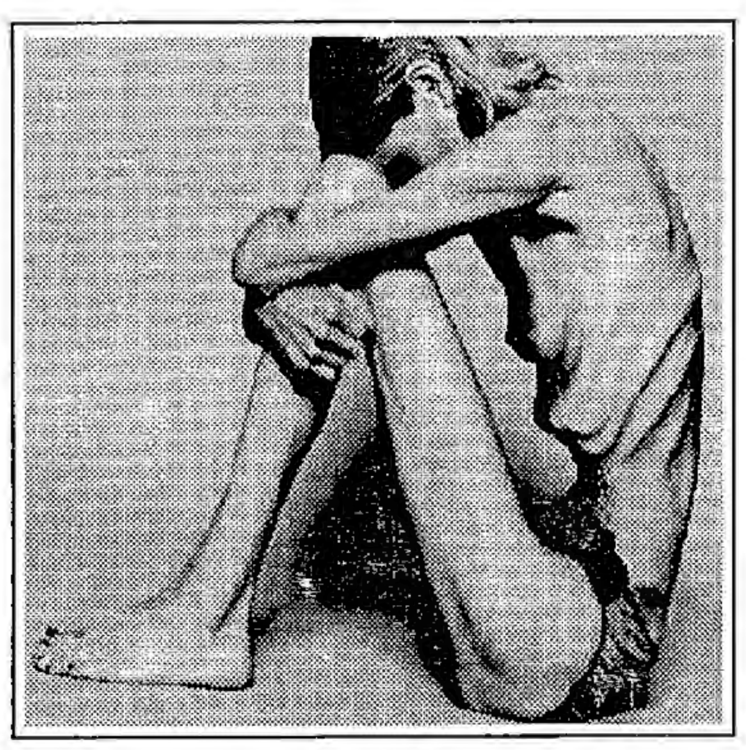


Anorexia
فقدان الشهية العصبي

ويجب دخول المريضة المستشفى ومكوثها فى السرير ، وإعطاؤها كميات كبيرة من المهدئات والمطمئنات مع الأنسولين ، وطعاماً خفيفاً غنى بالمواد والفيتامينات اللازمة ، ثم نبدأ بعد ذلك فى عملية التفريغ النفسى ، وكشف الدوافع الدفينة لهذا الانتحار البطئ ، ويجب إخفاء حقيقة وزنها خاصة فى بدء العلاج . وتحتاج المريضة إلى رعاية نفسية طويلة .

والعلاج الأساسى الحديث هو العلاج السلوكى المعرفى ؛ حيث إنه يوجد خلل فى النظم المعرفية لدى هؤلاء المرضى من الخوف الشديد من السمنة والإدراك المرضى بضخامة حجمها على الرغم من هزالها ، وتمجيد وتعظيم دور النحافة حيث يلتحقن بالباليه أو سباق الماراثون ، أو العمل كموديل .

وينتشر المرض في المجتمعات التي تجعل مقياس الجمال مواكباً للنحافة ، ولذا نلاحظ انتشارها في مصر والبلاد العربية والأوروبية ، وتحتاج المريضة حسب أعراضها لمضادات القلق ، أو مضادات الاكتئاب ، وأحياناً مضادات الذهان، وقد تحتاج الحالات المصاحبة لاكتئاب شديد وميول انتحارية لجلسات الكهرباء .



Anorexia
فقدان الشهية العصبي

التشخيص الفارق :

نادراً ما يكون التشخيص الفارق لتحديد نوع الزملة السلوكية ، المصحوبة باختلالات وظيفية وعوامل بدنية مشكلة ؛ فقد تكون هناك أعراض اكتئابية أو وسواسية مصاحبة ، بالإضافة إلى سمات اضطراب بالشخصية ؛ مما يطرح مسألة التميز و/ أو استخدام أكثر من رمز تشخيصي . تتضمن الأسباب الجسمية لفقدان الوزن المرضي بين الشباب ، والتي تحتاج إلى تمييز الأمراض المزمنة الموهنة وأورام المخ، واضطرابات الأمعاء، مثل: مرض كرون ، أو زملة الامتصاص غير السوي.

فقدان الشهية العصبى غير النمطى :

ATYPICAL ANOREXIA NERVOSA

فى حالات تستوفى بعض سمات فقدان الشهية العصبى ، ولكنها تفتقد إلى الصورة الإكلينيكية الشاملة التى تسمح بهذا التشخيص ؛ فعلى سبيل المثال قد تفتقد إلى واحد من أهم الأعراض الجوهرية ، مثل : الفزع الشديد من البدانة أو انقطاع الطمث ، مع وجود فقدان شديد فى الوزن ، أو سلوك يؤدى إلى إنقاص الوزن ، ولايجوز استخدام التشخيص فى حالات اضطراب الأكل المترتبة على مرض جسدى معروف .

النهام العصابى (الشره المرضى) : BULIMIA NERVOSA

النهام العصابى هو زملة ، تتميز بنوبات متكررة من الإفراط فى الأكل وانشغال شديد بالتحكم فى وزن الجسم ، يؤدى بالمريض إلى نمط من الإفراط فى الأكل ، يليه قئ أو استخدام الملينات . ويشترك هذا الاضطراب فى كثير من السمات النفسية ، مع فقدان الشهية العصبى من ضمنها الاهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم .

وقد يؤدى القئ المتكرر غالباً إلى اضطرابات فى معادن الجسم ومضاعفات جسمية .

والاضطرابات التالية كلها ضرورية ؛ من أجل تشخيص فرط الأكل العصبى (الشره المرضى) ، وبذلك فهى تكون معايير تشخيصية حازمة ، وقد تكون هناك تباينات داخل كل معيار ، كما يشار إلى ذلك .

(١) هناك انشغال دائم بالأكل، ونهم لايقاوم ، ويقع المريض فريسة نوبات من الأكل يلتهم فيها كميات ضخمة من الطعام فى فترات قصيرة من الوقت .

(٢) يحاول المريض مقاومة زيادة الوزن المترتبة على الطعام ، بواحد أو أكثر من الأساليب التالية :

افتعال القئ ، وسوء استخدام الملينات ، وفترات متباينة من التجويع، واستخدام العقاقير كمهبطات للشهية ، أو مستحضرات الغدة الدرقية أو مدرات البول ؛ حيث تحدث حالة فرط الطعام فى مرضى السكر، فقد يختارون أن يهملوا علاجهم بالأنسولين .

(٣) يتكون الاعتلال النفسى من خوف مرضى فى البداية، وتحدد المريضة لنفسها وزنا حديا شديد الدقة ، أقل من وزنها السابق على المرض بكثير،

والذى تعتبره بعد ذلك هو الوزن المناسب أو الصحى ، وهناك عادة ، وإن ليس دائما ، تاريخ لنوبة سابقة من فقدان الشهية، مرت عليها فترة تتراوح ما بين بضعة شهور وعدة سنوات .

وقد تكون هذه النوبة واضحة وكاملة ، أو قد تأخذ شكلاً متموجاً خفيفاً ، يصاحبه فقدان وزن متوسط و/ أو فترة عابرة من انقطاع الدورة الشهرية .

التشخيص الفارق :

يتضمن :

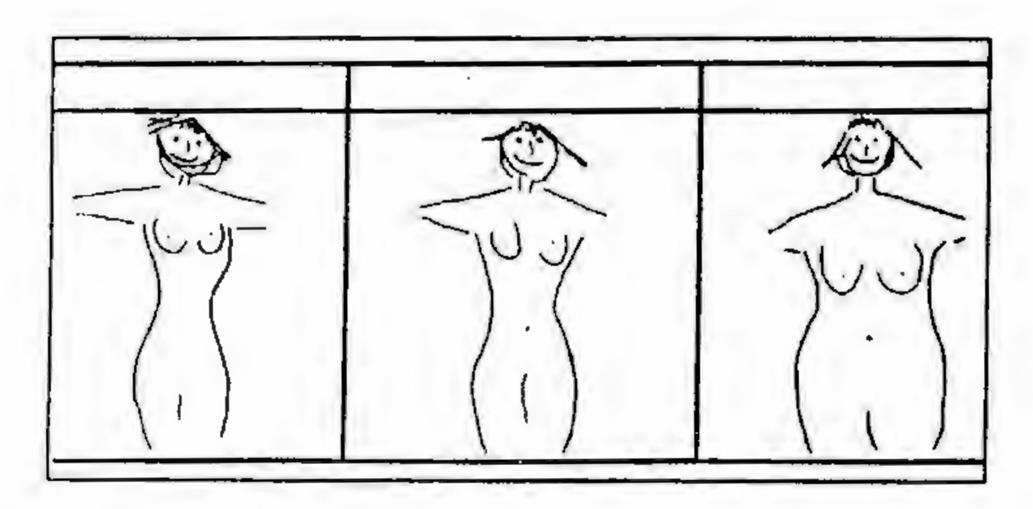
(١) اضطرابات بالجهاز الهضمى الأعلى ، تؤدى إلى قئ متكرر (المرضية النفسية المميزة غائبة) .

(٢) اضطراباً فى الشخصية أكثر عمومية ؛ إذ إن اضطراب الأكل قد يتواجد جنباً إلى جنب ، مع الاعتماد على الكحول أو بعض الاخترقات البسيطة للقانون (على سبيل المثال : سرقة أشياء صغيرة من المحال .

(٣) اضطراباً اكتئابيًّا (إذ إن مرضى الشره المرضى كثيراً مايعانون من أعراض اكتئابية) .

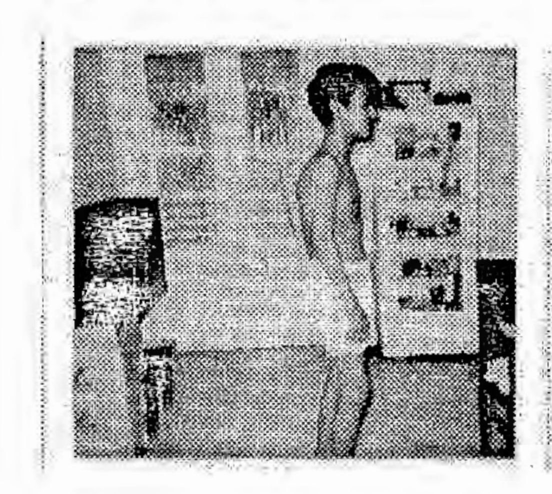
وهذا الاضطراب على صلة وطيدة بفقد الشهية العصبى ، وعادة مايكون وزن المريضة معتدلاً أو تميل إلى السمنة ، ويتميز بنوبات من الشراهة فى الطعام خاصة السكريات والنشويات ، وتناول كميات كبيرة وبعدها محاولة البدء فى القئ بوضع الأصبع فى الفم ، وقد دلّت الأبحاث الحديثة على انتشار هذا المرض بين المراهقات وصغيرات السن . وكثيرا ماتكون الشخصية هستيرية أو وسواسية أو حدية .

ويفيد هنا العلاج السلوكى المعرفى وله أساليبه الخاصة ، ولكن يستجيب هذا المرض لمجموعة (SSRI) مثبطات استرجاع السيروتونين ؛ حيث إن الشهية تزيد مع انخفاض نسبة السيروتونين فى المخ وتقل الشهية مع زيادة السيروتونين ، وأكثر مريضات هذا الاضطراب شهرة هى الأميرة ديانا مطلقة الأمير شارلز ولى عهد بريطانيا .



فقد الشهية العصبى

«كما أرى نفسى» **«كما يرانى الآخرون»** **«كما أتمنى أن أصبح»**





Anorexia
فقدان الشهية العصبى

النهام العصابى غير النمطى ATYPICAL BULIMIA NERVOSA

هى اضطرابات تستوفى بعض سمات الضمور العصبى، ولكنها تفتقد إلى الصورة السريرية الشاملة ، التى تبرر استخدام هذا التشخيص ، على سبيل المثال قد تكون هناك نوبات متكررة من فرط الأكل ، وفرط استخدام الملينات دون تغير ذى دلالة فى الوزن ، أو قد تفتقد الصورة السريرية إلى الانشغال النمطى الشديد بشكل ووزن الجسم .

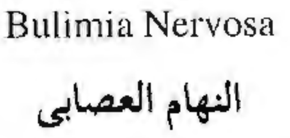


Bulimia Nervosa

النهام العصابى



Bulimia Nervosa



النهام العصابى

فرط الأكل المصاحب باضطرابات نفسية أخرى :

OVEREATING ASSOCIATED WITH OTHER PSYCHOLOGICAL DISTURBANCES

يدرج هنا فرط الأكل الذى أدى إلى بدانة كرد فعل لأحداث مثيرة للضيق، مثل : فقدان عزيز والحوادث والعمليات الجراحية والولادة والأحداث العاطفية المثيرة للضيق، والتى قد تليها بدانة تفاعلية ، خاصة فى المرضى ذوى الاستعداد لزيادة الوزن ، أما البدانة كسبب للاضطراب النفسى ، فلايجوز أن تدرج هنا .

قد تسبب البدانة فى أن يشعر المريض بحساسية بسبب مظهره ، وقد تؤدى إلى فقدان الثقة فى النفس، من خلال العلاقات الشخصية ، كما أن التقدير الذاتى للحجم قد تكون فيه مبالغة .

أما البدانة كأحد الآثار الجانبية للعلاج طويل المدى بأدوية مؤثرة على الجهاز العصبى أو مضاده للاكتئاب ، أو أى نوع آخر من الأدوية، فلايجوز أن تدرج هنا .

قد تكون البدانة دافعاً لاتباع نظام غذائى ، والذى يؤدى بدوره إلى أعراض

وجدانية (قلق، ضجر، ضعف ، نزق) ، أو فى حالات نادرة إلى أعراض اكتئابية شديدة (اكتئاب الرجيم) .

القئ المصاحب باضطرابات نفسية أخرى :

VOMITING ASSOCIATED WITH OTHER PSYCHOLOGICAL DISTURBANCE

هو القئ المتكرر الذى يحدث فى الاضطرابات الانشقاقية، واضطراب توهم وجود مرض جسمانى، والذى لايقتصر سببه على حالات مصنفة خارج إطار هذا الباب . ويمكن استخدام هذه الفئة أيضاً ، بالإضافة إلى القئ المفرط فى فترة الحمل؛ حين تلعب العوامل الانفعالية دوراً بارزاً فى إحداث الغثيان والقئ المتكررين فى أثناء فترة الحمل .

اضطرابات أكل أخرى : OTHER EATING DISORDERS

يتضمن : الوحم فى الراشدات .

فقدان الشهية نفسى المنشأ .

العلاج : سبق ذكره مع علاج فقدان الشهية العصبى ، ويعتمد على :

١ - العلاج النفسى .

٢- العلاج السلوكى المعرفى .

٣- العلاج الكيميائى .

وأحياناً مايحتاج المريض الدخول إلى المستشفى .

ثانياً : اضطرابات النوم غير العضوية

(١) عسر النوم :

حالات نفسية المنشأ فى الأساس ، يكون الاضطراب البارز فيها فى :

١ - كمية وكيفية أو توقيت النوم أى (أرق) .

٢ - وفرط نوم نفسى المنشأ .

٣- اضطراب نفسى المنشأ فى جدول النوم واليقظة .

٤- اضطرابات مترادفة للنوم .

٥- أحداث نوابية غير طبيعية تحدث أثناء النوم، وترتبط فى الطفولة بنماء الطفل، ولكنها فى الرشد تكون أساساً نفسى المنشأ ، على سبيل المثال السير أثناء النوم ، الفزع الليلى والكوابيس .

يتضمن هذا الجزء فقط تلك الاضطرابات فى النوم ، التى تمثل المرضية النفسية عاملاً أوليًا فيها ، أما اضطرابات النوم ذات الطبيعة العضوية مثل زملة (كلاين ليفين) ، فهى مصنفة فى مكان آخر ، وكذلك فإن اضطرابات النوم المفرط والتوقيت غير المناسب للنوم ، والتى ليس لها منشأ نفسى مصنفة أيضاً فى مكان آخر.

كذلك يتضمن هذا الفصل قائمة بالاضطرابات النوابية فى الحركة، والتى تتضمن الرجفان العضلى الليلى ، وكذلك فإن اضطرابات مشكلات الاختناق المرتبطة بالنوم مصنفة فى مكان آخر، وتتضمن انقطاع التنفس أثناء النوم واضطرابات أخرى فى التنفس مرتبطة بالنوم .

وأخيراً فإن سلس البول مصنف مع اضطرابات انفعالية وسلوكية أخرى تتميز بأنها تبدأ فى فترات الطفولة والمراهقة ، فى حين يصنف سلس البول الليلى الأولى ، والذى يعتبر نتيجة لتأخر نضوجى للتحكم فى المثانة أثناء النوم ، ويصنف فى الفصل الذى يتضمن الأمراض التى تخص الجهاز البولى .

فى كثير من الحالات ، يكون اضطراب النوم أحد أعراض اضطراب آخر، إما عقلى أو بدنى . ولتحديد ما إذا كان اضطراب النوم فى مريض بعينه هو حالة مستقلة، أو أنه ببساطة واحد من سمات اضطراب آخر (مقسم فى مكان آخر فى الفصل الخامس من التصنيف الدولى العاشر للأمراض، أو فى فصول أخرى) .

يجب الاستناد إلى صورته الإكلينيكية ومساره ، بالإضافة إلى الاعتبارات والأولويات العلاجية وقت الاستشارة . على أية حال .. يجب استخدام تشخيص اضطراب النوم فى أى حالة ، يكون فيها اضطراب النوم أحد شكاوى المريض الأساسية ، جنباً إلى جنب مع كل التشخيصات الملائمة الكثيرة الأُخرى ، متضمنة وصفاً دقيقاً للمرضية النفسية و/ أو المرضية الوظيفية المرتبطة فى حالة بعينها.

ويتضمن هذا الجزء فقط تلك الاضطرابات فى النوم ، التى تكون الأسباب الانفعالية هى العامل الأساسى فى إحداثها ، والتى لاتكون نتيجة لأى اضطرابات جسمية بدنية أخرى معروفة فى مكان آخر .



النوم (كوربيه)

(١) الأرق غير العضوى NONORGANIC INSOMNIA :

الأرق هو حالة عدم اكتفاء كمى و/أو كيفى من النوم ، تستمر لفترة لابأس بها من الوقت ، ولايجب أن يعطى معدل الاختلاف الفعلى فى النوم الاعتبار الأول عما يعتبر بشكل عام الكمية الطبيعية من النوم عند تشخيص حالة الأرق؛ ذلك أن بعض الأفراد (ممن يسمون بقليلى النوم) يحصلون على كمية قليلة من النوم، ولكنهم لايعتبرون أنفسهم مصابين بالأرق . وعلى العكس.. هناك مرضى يعانون كثيراً من سوء كيفية نومهم ، فى حين أن كمية النوم تعتبر بمقياس ذاتى و/أو موضوعى فى إطار الحدود الطبيعية .

أكثر الشكاوى انتشاراً بين مصابى الأرق هى الشكوى من صعوبة الاستغراق فى النوم، تليها صعوبة الاستمرار فى النوم، وبعدها الاستيقاظ المبكر، ومع ذلك .. فإنه عادة ما يشكو المرضى من أكثر من واحدة من هذه الشكاوى .

وإلى حد معروف يحدث الأرق فى وقت تزيد فيه وطأة الحياة ، ويميل الأرق إلى أن يكون أكثر شيوعاً بين النساء والأفراد كبار السن والأشخاص المضطربين نفسيًا، أو فى أوضاع غير مواتية اجتماعيا واقتصاديا . وعندما تتكرر خبرة الأرق ..

فإنها قد تؤدى إلى خوف من عدم النوم وانشغال بعواقبه ؛ مما يخلق دائرة خبيثة تزيد من تفاقم مشكلة المريض .

يصف مرضى الأرق أنفسهم ، عندما يحين وقت النوم بأنهم يشعرون بالتوتر والقلق والانشغال أو الاكتئاب ، وكأن أفكارهم تتسابق ، وكثيراً ما يجترون أفكارهم حول حصولهم على كمية كافية من النوم ، وحول مشاكل خاصة ووضعهم الصحى وحتى حول الموت ، وكثيراً ما يحاولون التعامل مع توترهم بواسطة تعاطى الأدوية أو الكحول . وفى الصباح كثيراً مايشكون من إحساس بالتعب الجسمى والعقلى ، أما فى أثناء النوم.. فهم يشعرون عادة بالاكتئاب والانزعاج والتوتر والنزق والانشغال بأنفسهم .

وكثيراً مايقال إن الأطفال يجدون صعوبة فى النوم ، فى حين أن المشكلة فى الواقع هى مشكلة صعوبات فى التعامل مع روتينات وقت النوم (أكثر منها النوم فى حد ذاته) .

والسمات السريرية الأساسية فى التشخيص المحدد هى كالتالى :

(١) شكوى اضطراب النوم هى إما شكوى من صعوبة الاستغراق فى النوم ، أو الاستمرار فيه ، أو شكوى من نوم هزيل القيمة .

(٢) تكرار شكوى اضطراب النوم على الأقل ثلاث مرات أسبوعيًا ، لمدة شهر على الأقل .

(٣) هناك انشغال بعدم النوم واهتمام شديد بعواقبه فى الليل وأثناء النهار .

(٤) الكمية و/أو الكيفية غير المرضية للنوم تؤدى إلى انزعاج شديد، أو تتعارض مع الأداء الاجتماعى والمهنى .

يستخدم هذا التشخيص كلما كانت شكوى المريض الوحيدة هى أن كمية و/أو كيفية النوم غير مرضية ، ولايتناقض مع تشخيص الأرق وجود أعراض نفسية أخرى ، مثل : الاكتئاب أو القلق أو الوسواس .. إلخ ، بشرط أن يكون الأرق هو الشكوى الأساسية ، أو أن يكون استمرار الأرق المزمن وشدته قد أديا بالمريض لاعتباره الاضطراب الأساسى .

والاضطرابات المتزامنة الأخرى يجب أن تذكر أيضاً إذا كانت موجودة بدرجة كافية من الشدة والاستمرار ، تستدعى علاجاً فى حد ذاتها . وجدير بالذكر أن

مصابى الأرق المزمنين عادة مايكونون منشغلين باضطراب النوم ، الذى يعانون منه، فى الوقت نفسه الذى ينكرون فيه وجود أية مشاكل وجدانية .

وبالتالى فإن التقييم الإكلينيكى الدقيق ضرورى لاستبعاد وجود اعتلال نفسى ذى وزن .

الأرق عرض شائع فى الاضطرابات العقلية الأخرى ، مثل : الاضطرابات الوجدانية والعصبية ، واضطرابات استخدام العقاقير والفصام ، واضطرابات الأكل أو فى نوع آخر من إضطرابات النوم مثل الكوابيس.

كذلك.. فإن الأرق قد يصاحب الأمراض الجسمية ، التى يصاحبها ألم أو قلة راحة ، كما قد يصاحب استخدام بعض الأدوية المعينة، إذا كان الأرق مجرد واحد من أعراض متعددة لاضطراب عقلى أو حالة جسمية ؛ بمعنى أنه لايهيمن على الصورة الإكلينيكية ، عندئذ .. يكون التشخيص هو ذلك الخاص بالاضطراب العقلى أو الجسمى الموجود أصلاً ، إذ إن تشخيص اضطراب نوم آخر كالكابوس واضطراب دورة النوم واليقظة ، والاختناق أثناء النوم، والرجفان العضلى الليلى يستخدم فقط، إذا كان يؤدى إلى انخفاض كمى أو كيفى فى النوم .

وإذا اعتبر حالة فى حد ذاته .. يجب أن يضاف رمز الأرق بعد الرمز الخاص بالتشخيص الرئيسى .

(٢) فرط النوم غير العضوى NONORGANIC HYPERSOMNIA

يعرف فرط النوم على أنه حالة من النعاس الشديد ، خلال النهار مع نوبات من النوم (لايفسرها عدم كفاية كمية النوم)، أو استغراق فترة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ ، فى غياب عامل عضوى يفسر حدوث فرط النوم. وغالباً ما تكون هذه الحالة مصحوبة باضطرابات عقلية، وكثيراً ما تكون فى الواقع عرضاً لاضطراب وجدانى ثنائى القطب (أثناء نوبة اكتئاب)، أو اضطراب اكتئابى متكرر أو نوبة اكتئابية. ولكن فى بعض الأحوال لاتستوفى المعايير لتشخيص اضطراب عقلى آخر ، على الرغم من وضوح درجة ما عند الاعتلال النفسى .

ويحاول بعض المرضى إيجاد ترابط بين ميلهم إلى النوم فى غير أوقات مناسبة وخبرات مزعجة معينة، حدثت أثناء اليوم، والبعض الآخر ينكر مثل هذا الارتباط حتى إذا أوضح طبيب ماهر وجود مثل هذه الخبرات. وفى بعض الحالات الأخرى ، لايمكن التعرف بسهولة على أى عوامل وجدانية أو نفسية أخرى ، ولكن

غياب عوامل عضوية يشير إلى أن فرط النوم هو غالبا نفسى المنشأ .

والسمات السريرية الأساسية فى التشخيص المحدد هى كالآتى :

(١) نعاس شديد أونوبات أثناء النهار ، لاترجع إلى عدم كفاية كمية النوم و/أو استغراق فترة طويلة ؛ للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ (سكرة النوم) .

(٢) يحدث اضطراب النوم هذا يوميًا لمدة تزيد عن الشهر، أو لفترات متكررة أقصر طولاً ، ويسبب إما انزعاجاً شديدا أو تعارضاً مع الأداء الاجتماعى أو المهنى .

(٣) غياب الأعراض الإضافية للنوم الانتيابى (الخدار) الجمدة (فقدان القوى العضلية) ، وشلل النوم ، وهلاوس النعاس، أو دليل إكلينيكى على الاختناق أثناء النوم ، وتوقف التنفس الليلى ، أصوات شخير متقطعة نمطية ... إلخ .

(٤) غياب أى حالة عصبية يمثل النعاس أثناء النهار أحد أعراضها .

إذا حدث فرط النوم كواحد فقط من أعراض اضطراب عقلى، مثل اضطراب وجدانى.. عندئذ يجب أن يكون التشخيص هو ذلك الخاص بالاضطراب الأساسى ، ولكن يجب إضافة تشخيص فرط النوم نفسى المنشأ، إذا كان فرط النوم هو الشكوى البارزة فى مرضى اضطرابات عقلية أخرى .

التشخيص الفارق :

للتمييز بين فرط النوم والخدار ، عادة مايكون هناك عرض أو أكثر إضافى، مثل : فقدان القوى العضلية ، وشلل النوم وهلاوس النعاس، ولايمكن مقاومة نوبات النوم وتكون أكثر إنعاشا، ويكون النوم الليلى متقطعاً ومبتوراً. وعلى العكس من ذلك، نجد أن عدد نوبات النوم النهارى فى فرط النوم أقل حدوثا فى اليوم، وإن كان كل منها يستمر لفترة أطول ، والمريض هنا قادر – فى كثير من الأحوال– على أن يحول دون حدوثها، وعادة ما يكون النوم الليلى ممتداً ، مع صعوبة فى تحقيق حالة من اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ (سكرة النوم) .

ومن المهم التمييز بين فرط النوم نفسى المنشأ وفرط النوم المرتبط بالاختناق أثناء النوم، وأنواع أخرى من فرط النوم عضوية المنشأ ، فبالإضافة إلى فرط النوم

الكثير أثناء النهار ، نجد أن أغلب المرضى الذين يعانون من اختناق النوم لديهم تاريخ من توقف التنفس ليلاً ، وأصوات الشخير المميزة المتقطعة، والبدانة وارتفاع ضغط الدم وفقدان الانتصاب واضطراب معرفي وفرط حركة ليلي وعرق غزير، بالإضافة إلى آلام بالرأس؛ مما قد يستدعي تأكيد التشخيص والقياس الكمي لنوبات الاختناق ، من خلال تسجيلات معامل النوم عند الارتياب في وجود اختناق النوم .

أما فرط النوم نتيجة لسبب عضوى معروف (التهاب دماغي، التهاب سحائى ارتجاج بالمخ أو أى إصابة مخية أخرى، أورام المخ، آفات وعائية، أمراض تآكلية وأمراض عصبية أخرى، اضطرابات أيضية، حالات التسمم، اضطرابات فى الغدد، زملة آثار ما بعد الاشعاع)، فيمكن أن يميز عن فرط النوم النفسى المنشأ بالوجود المحض للعامل العضوى المؤثر، كما يدل عليه المظهر السريرى للمريض، ونتائج الاختبارات المعملية المناسبة أو النتائج المختبرية المناسبة.

(٣) اضطرابات موعد النوم واليقظة غير العضوية :

NONORGANIC DISORDER OF THE SLEEP - WAKE SCHEDULE

يعرف اضطراب موعد النوم واليقظة بأنه فقدان للتزامن بين برنامج الفرد فى النوم واليقظة وبرنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل ؛ مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم .

وقد يكون هذا الاضطراب نفسى المنشأ أو قد يكون له مصدر عضوى مفترض، تبعاً للمساهمة النسبية للعوامل النفسية أو العضوية فى إحداثه. كثيرا ما يتعرض الأفراد، الذين تتصف أوقات نومهم واستيقاظهم بعدم التنظيم والتباين أنفسهم لدرجات جديرة بالاعتبار من المرضية النفسية، والتى تقترن عادة بحالات نفسية مختلفة، مثل: اضطرابات الشخصية ، واضطرابات وجدانية ، وكذلك الأفراد الذين يغيرون عملهم بمعدل كبير، وبشكل متكرر، أو الذين يسافرون عبر فروق توقيت كبيرة ؛ إذ يحدث لهم سوء تنظيم فى دورتهم اليومية، وعادة ما يكون بيولوجيا فى الأساس ، ولكن هناك مع ذلك عامل وجدانى قوى فى إحداث الحالة ؛ حيث إن هؤلاء الأفراد يعيشون ضغوطاً شديدة فى كثير من الحالات.

أخـيـرا .. يحـدث لدى بعض الأفـراد تقـدم زمـنى عن جـدول النوم واليـقظة المرغوب فيه ، والذى يكون إما نتيجـة لاضطراب وظيفى كـامن فى المنظم الدورى للفرد ، أو تحليل غير طبيعى لمستشعرات الوقت، التى تسير الساعات البيولوجية (الحالة الأخيرة قد تكون فعلا مرتبطة باضطراب وجدانى و/أو معرفى) .

والسمات السريرية التالية ضرورية :

(١) نظام الفرد فى النوم واليـقظة غيـر مـتزامن مع جـدول النوم واليـقظة ، المرغوب فيه؛ ليتناسب مع المتطلبات الاجتماعية ، وليتناسب مع أغلب الأشخاص فى محيط الفرد .

(٢) يعانى الفرد نتيجة لهذا الاضطراب من الأرق أثناء الجزء الأعظم من فترة النوم أو فرط النوم أثناء فترة الاستيقاظ ، كل يوم تقريباً لمدة شهر على الأقل ، أو بشكل متكرر لفترات أقصر من الوقت .

(٣) الكمية والكيفية وأوقات النوم غير المرضية تتسبب إما فى انزعاج شديد ، أو تتعارض مع الأداء الاجتماعى والمهنى .

(٤) السير أثناء النوم (السرنمة) SOMNAMBULISM :

السير أو التجول أثناء النوم هو حالة من تبدل الوعى ، تجتمع فيها ظواهر النوم أو اليقظة أثناء نوبة التجوال أثناء النوم ، حيث يقوم الفرد من السرير ، غالبا أثناء الثلث الأول من النوم الليلى ، ويسير متجولاً مبديا مستوى منخفضاً من الإدراك والتفاعل والمهارة الحركية .

وعادة ما يترك الجوالون حجرات نومهم أثناء النوم، وأحيانا يتجولون فعلاً إلى خارج بيوتهم ، وبالتالى فهم معرضون إلى مخاطر ضخمة للإصابة أثناء نوباتهم، ولكنهم فى أحيان كثيرة يعودون سريعاً إلى أسرتهم ، إما من تلقاء أنفسهم ، أو يقودهم إليها بهدوء شخص آخر. وحين يستيقظون إما من نوبة التجوال أثناء النوم أو فى الصباح التالى ، فإنهم عادة لايتذكرون أى شىء عن الحدث .

التجوال الليلى والفزع الليلى شديدا الارتباط أحدهما بالآخر ، والاثنان يعتبران اضطرابين يحدثان أثناء المراحل الأعمق للنوم (المرحلة الثالثة والرابعة) ، ويكون لدى كثير من المرضى تاريخ عائلى إيجابى، بالنسبة لأى من الحالتين، بالإضافة إلى تاريخ شخصى بالمرور بخبرة بكليهما .

كذلك فإن كلتا الحالتين أكثر شيوعاً فى فترة الطفولة؛ مما يشير إلى الدور الذى تلعبه العوامل الإنمائية فى كليهما . كذلك .. فإنه فى بعض الحالات تتزامن بداية هذه الحالات مع حمى ، وأخيراً ، عندما تستمر الحالتان فى الحدوث، أو تظهران لأول مرة فى سن الرشد .. فإن كليهما يميل إلى أن يكون مصحوباً بدرجة عالية من المرضية النفسية، ولذا اعتبرت الحالتان أخيرا جزءاً من متصل تشخيصى واحد؛ استناداً إلى التشابهات السريرية والمرضية بين التجوال الليلى والذعر الليلى ، وإلى واقع أن التشخيص المفارق بين هذين الاضطرابين، هو عادة عملية تحديد أى من الحالتين أكثر ظهوراً عن الأخرى. ولكن للاتساق مع التقاليد للتأكيد على الفروق بين شدة مظاهرهما السريرية ، أعطى لكل منهما رمز مستقل فى هذا التصنيف .



Somnambulism
السير أثناء النوم
السرنمة

والسمات السريرية التالية ضرورية :

(١) العرض البارز هو نوبات متكررة من النهوض من السرير أثناء النوم، والتجوال لمدة عدة دقائق أو نصف ساعة ، تحدث عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلى .

(٢) أثناء النوبة يكون وجه المريض محدثاً ودون تعبير ، ويكون المريض نسبياً غير مستجيب لمحاولات الآخرين فى التأثير على الحدث أو التحدث معه /أو معها، ولايمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة .

(٣) عند الاستيقاظ (سواء من النوبة أو فى الصباح التالى، لايتذكر الفرد شيئاً عن النوبة) .

(٤) عند الاستيقاظ قد تكون هناك فترة قصيرة أولية من بعض الاختلاط ، وعدم الاهتداء ، ولكن فى خلال دقائق من الاستيقاظ من النوبة.. لايكون هناك أى اختلال فى النشاط العقلى أو السلوك .

(٥) غياب أى دليل على وجود اضطراب عقلى عضوى ، مثل: الخرف، أو اضطراب بدنى مثل الصرع .

التشخيص الفارق :

يجب التمييز بين التجوال أثناء النوم ونوبات الصرع النفسحركى ؛ فالصرع النفسحركى نادراً ما يحدث فى الليل فقط، وفيه يكون المريض غير مستجيب تماماً للمنبهات المحيطة به، وقد تشيع الحركات التكرارية ، مثل: البلع أو دعك اليدين. ووجود تدفقات صرعية فى تخطيط المخ الكهربائى يؤكد التشخيص ، وإن كان وجود اضطراب تشنجى لايستبعد الوجود المتزامن للتجوال أثناء النوم .

الاضطراب الانشقاقى هو حالة أخرى، يجب تمييزها عن التجوال أثناء النوم. ففى الاضطرابات الانشقاقية .. تكون النوبات أطول فى مدتها بكثير، ويكون الأفراد أكثر تنبهاً وقدرة على إتيان سلوكيات معقدة ، وذات غرض . وعلاوة على ذلك.. فإن هذه الاضطرابات تكون نادرة فى الأطفال ، وتبدأ على حد نموذجى أثناء ساعات اليقظة .

(٥) الفزعات الليلية (مروعات النوم) (فزع النوم) :

SLEEP TERRORS

فزعات النوم أو الفزعات الليلية هى التعبير الأكثر تطرفاً فى السلسلة التشخيصية المتصلة ، التى تتضمن التجوال أثناء النوم ، وهى نوبات ليلية من الفزع الشديد والهلع ، تصاحبها أصوات عالية وحركة زائدة ، ومستويات عالية من النشاط العصبى اللاإرادى ، ويقوم الفرد من نومة جالساً أو واقفاً عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلى ، ويصرخ صرخة رعب. وفى أحيان كثيرة ، يسرع هى/ هو إلى الباب ، كما لو كانت هناك محاولة هروب ، وإن كان نادراً جداً مايترك الفرد الغرفة .

وقد تؤدى محاولات الآخرين فى التحكم فى حدث الفزع الليلى- فى الواقع- إلى مزيد من الخوف الشديد ؛ ذلك أن المريض لايستجيب لهذه المحاولات وحسب ، ولكن يضطرب حسه لبضع دقائق ، وبسبب هذه السمات السريرية.. فإن الأفراد يكونون معرضين لمخاطر كبيرة للإصابة أثناء نوبات الفزع الليلى .

وكما ذكر بالتفصيل فى الجزء الخاص بالتجوال أثناء النوم.. فإن حالات الفزعات الليلية وثيقة الارتباط بالتجوال أثناء النوم . وتلعب العوامل الوراثية والعضوية والنفسية كلها دوراً فى تطورهما ، وكلاهما يشترك فى ذات السمات السريرية والمرضية والفسيولوجية ذاتها. واستناداً إلى أوجه الشبه بينهما .. فقد اعتبرت هاتان الحالتان حديثاً جزءاً من المتصل التصنيفى ذاته .

والسمات الإكلينيكية التالية أساسية للتشخيص المؤكد :

(١) العرض الأساسى هو نوبات متكررة من الاستيقاظ من النوم ، تبدأ بصرخة خوف حاد ، وتتميز بقلق شديد وحركة جسدية وفرط النشاط العصبى اللاإرادى ، مثل : الخفقان ، وضربات القلب، وسرعة التنفس، واتساع الحدقتين والعرق .

(٢) هذه النوبات المتكررة من الاستيقاظ المفاجئ من النوم دون اتصال كافٍ بالعالم المحيط ، تستمر فى المعتاد لفترة تتراوح بين دقيقة وعشر دقائق وتحدث أثناء الثلث الأول من النوم الليلى.

(٣) هناك عدم استجابة نسبى لجهود الآخرين فى محاولة السيطرة على الفزع الليلى ، ويلى هذه المجهودات دائماً فترة عدة دقائق تقريباً من عدم الاهتداء والحركات التكرارية .

(٤) استـرجـاع الحدث ، إن وجـد مـحـدوداً جـداً (عـادة على شكل صـورة عـقلية متقطعة أو اثنتين) .

(٥) غياب أى دليل على وجود اضطراب بدنى مثل ورم بالمخ أو صرع .

التشخيص الفارق :

يجب تمييز الفزعات الليلية عن الكوابيس الليلية ؛ فالأخيـرة هى أحـلام سيئة شائعة تصحبها ، إن وجـدت أصوات وحركـات جسدية مـحدودة . وعلى العكس من الفزعات الليليـة ، تحدث الكوابيس فـى أى وقت من الليل، ويمكن إيقاظ الفرد بسهولة ، ويمكنه استعادة الحدث بشكل تفصيلى وحيوى شديد .

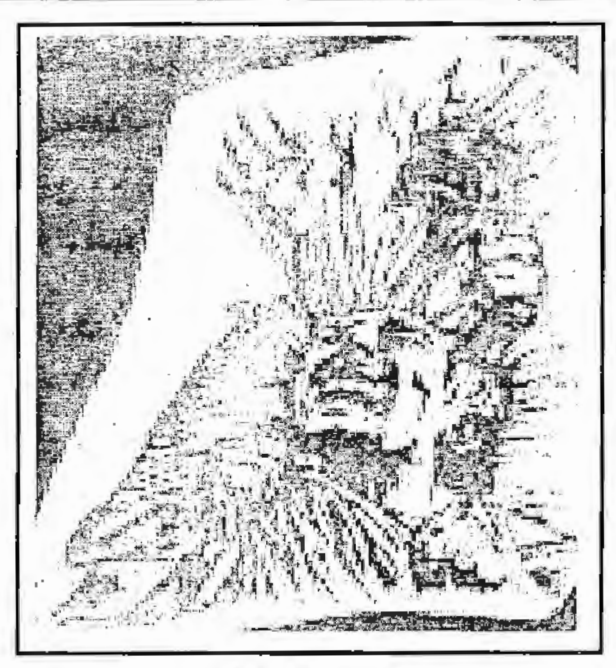
وعند التـمـيـيز بين الفـزعـات الليليـة والتشنجـات الصـرعـيـة، يجب أن يتـذكـر الطبيب أن التشنجـات، نادراً جداً ما تحدث فقط أثناء الليل. كذلك.. فإن تخطيط رسم المخ الكهربائى غير الطبيعى يرجح تشخيص الصرع .

الكوابيس الليلية (قلق الحلم) :

NIGHTMARES (DREAM ANXIETY)

الكابوس هو تجـربة حلم محمل بالقلق والخوف ، ويليه استرجـاع تفصيلى شديد لمحتوى الحلم. تعد تجربة الحلم هذه تجربة حيـة جداً ، وتتضمن عـادة موضـوعـات تخص تهديدات البقاء أو موضوعات مشابهة لذلك . وأثناء النوبة النموذجية، توجد درجة من النشاط العصبى اللاإرادى، ولكن لاتوجد أصوات تذكر أو حركة جسمية . وعند الاستيقاظ يصبح الفرد منتبها ومهتديا بسرعة ، ويستطيع التواصل مع الآخرين فيعطى عادة تقريرا تفصيليا لتجربة الحلم ، إما فى الفترة التاليـة على الاستيقاظ مباشرة أو فى الصباح التالى .

لايشـتـرط بالضـرورة وجـود مـرضـيـة نفـسية فى الأطـفال ؛ ذلك أن حـدوث كوابيس فى الطفولة يرتبط عادة بفترة معينة من الارتقاء العاطفى . وعلى العكس.. فإن البالغين الذين يعانون من كوابيس ليلية كثيراً مايظهرون مستويات عالية من المرضية النفسية عادة ، فى شكل اضطراب فى الشخصية ، بالإضافة إلى المرضية النفسية كعامل مسبب . وقد يساهم استخدام عقاقير نفسية معينة ، مثل : مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ، والتى تحد من النوم ذا حركة العين السريعة (مرحلة النوم المرتبطة بالأحـلام) مما قـد يؤدى إلى نقص الأحـلام والكوابيس، وعند التـوقف المفاجىء لهذه العقاقير ينتج رد فعل وتدفق فى الإحلام.



Nightmares
الكوابيس الليلية

والسمات الإكلينيكية التالية أساسية :

(١) الاستيقاظ من النوم الليلى أو الإغفاءات النهارية باسترجاع تفصيلى وحيوى لأحلام مخيفة جداً ، تتضمن فى العادة تهديداً للحياة أو الأمان أو احترام الذات، والاستيقاظ قد يحدث فى أى وقت من فترة النوم ،وإن كان نموذجياً يحدث فى النصف الثانى منه .

(٢) ينتبه الفرد ويعود لطبيعته سريعاً، عند الاستيقاظ من الأحلام المخيفة .

(٣) تتسبب الأحلام واضطراب النوم المترتب على فترات الاستيقاظ فى ضيق شديد للفرد .

علاج الأرق :

تعتمد الخطوات الأولى فى علاج الأرق فى الفحص الطبى والطب النفسى على استبعاد مرض عضوى ، أو نفسى ؛ حيث يتجه العلاج أثناءها لشفاء المرض الأصلى، وإن واجهنا صعوبة فى التشخيص .. فيفحص ويقيّم المريض فى أحد معامل النوم؛ خاصة فى حالات الاختناق الليلى ، أو الرجفان العضلى الليلى، وكلاهما له العلاج الخاص به:

(١) العلاج النفسى مع بعض المطمئنات من مجموعة البنزوديازيبين ، مثل:

الفـاليـوم، لكسـوتـانيل، أتيـفـان، مـوجـادون، نورمـيزون، زانـاكس... إلخ؛ خاصة في حالات القلق. ويستحسن استعمال هذه العقاقير لمدة لاتزيد عن ستة أسابيع ، حتى لايتعود المريض على العقار ، ولامانع من إعطائها ثلاث مرات أسبوعيا بدلا من التعاطي اليومي .

(٢) إذا كان الأرق ثانوياً لاضطراب اكتئابي ، فالعلاج الأمثل هو مضادات الاكتئاب ؛ خاصة النوع المهدئ ، مثل: التريبتيزول ، لوديوميل، سنكوان، سيرمونتيل أو التريبتوفان أو الريميرون .

(٣) إذا كان الأرق ثانوياً لاضطراب ذهاني ، فهنا يتجه العلاج إلى مضادات الذهان، مثل : للارجاكتيل ، الميليريل، الليبونكس، الزيبركسا أو السيروكويل.

(٤) إذا كان الأرق ثانوياً لاستعمال المواد ، مثل: المنبهات أو الهيروين ، فلا مانع من إعطاء خليط من مضادات القلق والاكتئاب والذهان .

وعندما لانجد سبباً نفسياً أو اضطراباً عقلياً للأرق ، نحاول العلاج بطرق غير كيميائية وذلك عن طريق ما يسمى (النوم الصحي)، ونستطيع تلخيصه كالآتي :

(١) لاتحاول البقاء في السرير قبل ميعاد النوم ، أو بعد وقت اليقظة للقراءة أو مشاهدة التليفزيون (السرير للنوم فقط) .

(٢) حاول أن توحد وقت اليقظة بصفة منتظمة ، بغض النظر عن ميعاد النوم.

(٣) حاول ممارسة الألعاب الرياضية ، ولكن قبل الساعة السابعة مساء.

(٤) الابتعاد عن الضوضاء .

(٥) درجة حرارة مريحة في الحجرة .

(٦) أحيانا يحول الجوع دون انتظام النوم .

(٧) ابتعد عن القهوة والشاي والكولا والتدخين بعد الساعة السابعة مساء.

(٨) ابتعد عن الكحوليات .

(٩) لاتحاول أن تحمل هموم الحياة معك إلى السرير .

(١٠) حاول تكملة النشاط النهارى بطريقة عادية ، حتى إن كان النوم فى الليلة السابقة غير كاف .

(١١) لامانع من محاولة التدريب على الاسترخاء ، والتركيز على الموضوعات الترفيهية والنوم بواسطة أجهزة الكهرباء (سوملك) ، وتستعمل أحيانا الإبر الصينية .

ثالثا : الاضطرابات الجنسية

أ- اضطرابات الهوية الجنسية

(١) **التحول الجنسى** : Transsexualism

الرغبة فى أن يعيش الإنسان ويقبل كعضو من الجنس الآخر، تصاحبها عادة أحساسيس بعدم الراحة أو عدم التلاؤم مع أفراد الجنس التشريحى للشخص ، ورغبة فى إجراء عملية أو تناول علاج هرمونى ؛ لكى يتواءم الجسد بقدر الإمكان مع الجنس المفضل لدى الشخص.



Transsexualism

التحول الجنسى



Transsexualism

التحول الجنسى

مؤشرات تشخيصية :

لاستخدام هذا التشخيص ، يجب أن تستمر الهوية التحولية الجنسية لمدة عامين على الأقل، ولاتكون عرضاً لاضطراب عقلي آخر، مثل : الفصام، أو مصاحبة لأى شذوذ بيني جنسي أو وراثي أو في الصبغيات الجنسية .

(٢) تحول الزى الثنائى الدور (الارتداء المغاير) Transvestism

هو ارتداء ملابس الجنس الآخر لفترة من الوقت ؛ من أجل الاستمتاع بتجربة مؤقتة كأحد أفراد الجنس الآخر ، ولكن دون رغبة في تبدل جنسي دائم أو أى إجراءات جراحية مصاحبة .

ويجب تمييز هذه الحالة عن تحول الزى التوثيني (الفتيش) ؛ حيث لاتوجد إثارة جنسية مصاحبة لارتداء الملابس المخالفة .

يستبعد : تحول الزى الفتيشي



Transvestism

تحول الزى الثنائى الدور



Transvestism

تحول الزى الثنائى الدور

(٣) اضطرابات الهوية الجنسية فى الطفولة :

Gender Identity Disorder of Childhood

تبدأ هذه الاضطرابات فى الظهور عادة أثناء مرحلة الطفولة المبكرة (ودائما قبل البلوغ بفترة طويلة)، وتتميز بانزعاج دائم وشديد بشأن الجنس الفعلى، مع رغبة (أو إصرار) على الإنتماء إلى الجنس الآخر ، وهناك انشغال بملابس أو نشاطات الجنس الآخر و/أو رفض الجنس الفعلى المعتقد .

وأن هذه الاضطرابات غير شائعة نسبيًا ، ولايجب أن يتم الخلط بينها وبين عدم التكيف المتكرر مع الدور النمطى المسند إلى كل جنس .

ويستدعى تشخيص اضطراب الهوية الجنسية فى الطفولة وجود اضطرابا عميقا فى الإحساس الطبيعى بالذكورة أو الأنوثة وليس الصبيانية فى البنات أو التخنث فى الأولاد ، ولايمكن استخدام هذا التشخيص إذا كان الفرد قد وصل إلى سن البلوغ .

مؤشرات تشخيصية :

السمة التشخيصية هى رغبة عامة دائمة للتحول إلى الجنس المعاكس للجنس الفعلى (أو إصرار على الانتماء إلى الجنس المعاكس)، بالإضافة إلى رفض شديد لسلوك وصفات و/ أو ملابس الجنس الفعلى .

وتظهر هذه الحالة أول ما تظهر ، أثناء سنوات ما قبل المدرسة . ولاستخدام هذا التشخيص ، يجب أن تكون البداية قبل الدخول فى مرحلة البلوغ فى الجنسين، وقد يكون هناك رفض للأجزاء التشريحية الخاصة بالجنس الفعلى ، ولكن هذه ظاهرة غير شائعة، ونادرة غالبًا فى الأطفال المصابين باضطرابات الهوية الجنسية ، وعادة ما ينكرون انزعاجهم من هذه الظاهرة ، على الرغم من احتمال انزعاجهم بالصراخ ، حين يصطدمون مع توقعات عائلتهم أو أقربائهم منهم ، ومن المضايقة والنبذ الذى قد يتعرضون له .

والمعروف عن هذه الحالات أنها تكثر فى الأولاد عنها فى البنات .

الشكل النموذجى هو أن يبدأ الأولاد فى سنوات ما قبل المدرسة بالانشغال بأنواع من اللعب والنشاطات الأخرى المقترنة بشكل نمطى بالإناث ، وكثيراً ما يكون هناك تفضيل لارتداء ملابس البنات والنساء، ولكن تبادل الملابس هذا لايتسبب فى إثارة جنسية (بخلاف التحول الجنسى الفتيشى فى الراشدين)، وقد تكون لديهم رغبة شديدة فى المشاركة فى ألعاب وهوايات البنات المفضلة، التى هى غالباً ماتكون العروسة ويبدأ الحرج الاجتماعى فى بداية المدرسة ، ويصل إلى الذروة فى الطفولة المتوسطة مع إهانات وتعليقات الأولاد الآخرين .

وقد يقل السلوك الأنثوى كثيراً أثناء بدايات المراهقة، ولكن دراسات المتابعة تشير إلى أن نسبة تتراوح ما بين ثلث إلى ثلثى الأولاد المصابين باضطراب الهوية الجنسية فى الطفولة يبدون اتجاهاً للجنسية المثلية ، أثناء وبعد المراهقة ، ولكن قليلاً جدا منهم يبدون تحولاً جنسيًا فى الرشد (على الرغم من أن أغلب الراشدين المصابين بالتحول الجنسى يذكرون أنهم كانوا يعانون من مشكلة الهوية الجنسية ، أثناء الطفولة) .

نجد أن اضطرابات الهوية الجنسية فى العيادات الخارجية أقل معدلاً بين البنات عنها بين الأولاد ، ولكن من غير المعروف ، ما إذا كانت هذه النسبة بين الجنسين تنطبق على المجتمع بشكل عام .

وكما هو الحال فى الأولاد ، نجد مظاهر مبكرة للانشغال بسلوك يرتبط نمطيًا

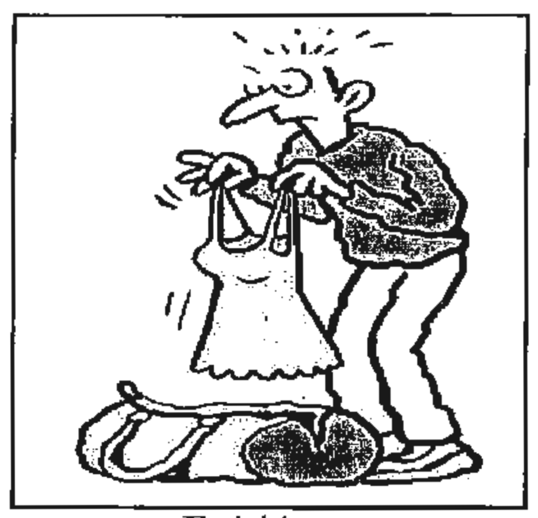
بالجنس المعاكس ، وتتخذ الفتيات رفاقاً من الذكور ويبدين أهتماماً شديداً بالرياضة واللعب العنيف ، عما إنهن لايبدين الإهتمام بإتحاذ الأدوار النسائية فى ألعاب الخيال ، مثل: لعبة الأمهات والآباء أو لعبة البيت . ويلاحظ أن الإناث ذوات اضطراب الهوية الجنسية لا يتعرضن عادة للدرجة نفسها من النبذ مثل الأولاد، على الرغم من أنهن قد يعانين من السخرية فى أواخر الطفولة أو المراهقة.

وتتنازل الغالبية عن إصرارهن المبالغ فيه حول النشاطات والملابس الذكورية عندما يقترين من المراهقة، ولكن يستمر البعض فى التوحد الذكرى ، وقد يستمرون فى التوجه للجنسية المثلية .

ونادراً ما يصاحب اضطراب الهوية الجنسية رفض مستمر متبرئ من الأجزاء التشريحية الخاصة بالجنس الفعلى فى البنات ، ويأخذ ذلك شكل تأكيدات متكررة على أن لديهن أو أنه سوف ينمو لهن قضيب ، وقد يرفضن التبول وهنّ جالسات، أو قد يؤكدن الرغبة فى ألا تنمو لهن نهود، أو أن تكون لهن دورة شهرية. أما فى الأولاد، فتأخذ شكل تأكيدات متكررة على أنهم سوف ينمون جسميًا فيصبحون نساءً ، وأن منظر القضيب والخصيتين مثير للاشمئزاز ، أو أن كليهما سيختفى ، أو أنه من الأفضل ألا يكون لهم قضيب أو خصيتان ، ويفضلون التبول كالإناث وهم جالسون .

ب- اضطرابات الإيثار (التفضيل الجنسي) :

(١) **الفتيشية** Fetishism :



Fetishism

اضطرابات الايثار

هو الاعتماد على شيء غير حى ، واعتباره منبهاً للإثارة الجنسية والاشباع الجنسى، وكثير من الأشياء الفتيشية هى ملحقات للجسم الإنسانى، مثل: قطع ملابس

أو أحذية. والأمثلة الأخرى تتميز بنسيج خاص، مثل : الكاوتشوك أو البلاستيك أو الجلد ، أو حتى العرق . وتتباين الأشياء الفتيشية فى أهميتها بالنسبة للفرد ، وفى بعض الحالات يكون دورها ببساطة هو تعزيز الإثارة الجنسية المكتسبة بالطرق الطبيعية (على سبيل المثال جعل الشريك يرتدى ثوباً معيناً) .



Fetishism

اضطرابات الايثار

مؤشرات تشخيصية :

يستخدم تشخيص الفتيشية إذا كانت الأشياء الفتيشية هى المصدر الجنسى المهم واللازم للاستجابة الجنسية . أما الخيلات الفتيشية فهى شائعة ، ولكنها لاترقى إلى مستوى الاضطراب ، إلا إذا أدت إلى طقوس كريهة وغير مقبولة بدرجة، تتعارض مع الجماع الجنسى ، وتتسبب فى انزعاج للفرد .

وتكاد الفتيشية أن تكون مقصورة على الرجال .

(٢) تحول الزى الفتيشى :

هو ارتداء ملابس الجنس الآخر للحصول على الإثارة الجنسية .

مؤشرات تشخيصية :

يجب تمييز هذا الاضطراب عن الفتيشية البسيطة فى أنه لا يهم ارتداء الأدوات

أو الملابس الفتيشية فحسب ، ولكنها تستخدم بحيث تخلق مظهراً شخصياً من الجنس الآخر، ويحتمل ارتداء أكثر من قطعة ، وكثيراً ما يكون طقماً كاملاً بما فيه الشعر المستعار وأدوات الزينة .

ويتميز تحول الزى الفتيشى عن تحول الزى المصاحب للتحول الجنسى بارتباطه بالإثارة الجنسية ، والرغبة القوية فى خلع الملابس بمجرد الوصول إلى قمة اللذة وهبوط الإثارة الجنسية ، ويذكر كثير من المصابين بالتحول الجنسى تاريخاً من تحول الزى الفتيشى فى مرحلة مبكرة ، وقد يكون ذلك بمثابة مرحلة فى التطور إلى التحول الجنسى فى هذه الحالات .

(٣) الاستعراض الجنسى (الاستعراء) Exhibitionism :

ميل متكرر أو دائم نحو كشف الأعضاء الجنسية الذاتية للغرباء غالباً من الجنس الآخر) ، أو للناس فى الأماكن العامة ، دون محاولة الاتصال الوثيق ولاتحدث دائما حالة من الإثارة الجنسية وقت الاستعراء ، وغالباً مايلى الفعل ممارسة العادة السرية.

وقد يكشف هذا الميل عن نفسه بسلوك علنى فى أوقات الكرب العاطفى ، أو الأزمات فقط، تفصل بينها أوقات طويلة تخلو من هذا السلوك .

مؤشرات تشخيصية :

يقتصر الاستعراء عملياً على الذكور ، الذين يكشفون عن أنفسهم لإناث راشدات أو مراهقات ، وعادة من على بعد آمن وفى مكان عام. وبالنسبة للبعض يمثل الاستعراء المخرج الجنسى الوحيد ، ولكن البعض الآخر يستمر فى هذه العادةجنبا إلى جنب مع حياة جنسية زوجية نشطة، وإن كانت رغباتهم فى الاستعراء أكثر أثناء الأزمات الزوجية. ويعبر معظم مرضى الاستعراء عن صعوبة التحكم فى رغباتهم ، والتى يستشعرونها غريبة عن ذواتهم ، وكلما أصيب المشاهد بالخوف والصدمة زادت إثارة المستعرى.

تصدر اعتداءات الكشف غير اللائق من مرضى الاستعراء ، ولكن يمكن لسلوك مشابه أن يكون مقدمة لاعتداء جنسى ، أو دعوة فجة لاتصال جنسى، كما هو الحال كثيرا فى التصرف الجنسى لشخص مختل العقل .

ونستطيع تصنيف مرضى الاستعراء كالآتى :

١ – الجنسية الزائدة :

يظهر المريض منذ سن مبكرة إسرافاً فى العادة السرية، ويتجول فى الطرقات

حتى يجد الفرصة المناسبة لكشف عورته ، ويقلل هذا الاستعراض من حدة التوتر الذاتى، ويخفض من الرغبة الجنسية الملحة .

٢- الجنسية الضعيفة :

أحياناً ما يكون حب الاستعراض مظهراً للضعف الجنسى ، وعدم قدرة الفرد على الإتيان بعملية الجماع .

٣- القصور العقلى :

يلجأ متخلفوا العقول لعرض عوراتهم ، دون وعى أو فهم لهذا السلوك الشاذ.

٤- الذهان المزمن :

ويشمل ذلك الذهان الوظيفى أو العضوى كخرف الشيخوخة وزهرى الجهاز العصبى ... إلخ ، وعادة ما يتفوه هؤلاء المرضى أثناء استعراضهم بألفاظ بذيئة ، وهو ما لايحدث فى مرضى الاستعراض العاديين .

٥- الصرع :

يحدث أحياناً مع نوبات الصرع الخفيفة والكبيرة والنفسية الحركية .

٦- العراة :

يعتقد بعض الأطباء أن رواد مستعمرات العراة ، وكذلك الموديلات وراقصات العرى يعانون بعض الشيء من حب الاستعراض الجنسى .

(٤) التطلع الجنسى (لذة المشاهدة) Voycurism :



ميل متكرر أو دائم إلى مشاهدة الناس ، وهم يمارسون سلوكاً جنسيًا أو خاصًا

مثل خلع الملابس ، ويؤدى هذا عادة إلى إثارة جنسية وممارسة العادة السرية ، ويتم دون معرفة أو وعى الشخص المراقب .

(٥) حب الأطفال الجنسى Paedophilia :

تفضيل جنسى للأطفال، عادة فى سن ما قبل البلوغ أو البلوغ المبكر، بعض محبى الأطفال ينجذبون فقط للفتيات ، والبعض الآخر يقتصر على الأولاد ، والبعض يهتم بالجنسين .

نادراً ما يظهر الوله الجنسى بالأطفال بين النساء ، ويعتبر الاتصال الجنسى بين راشدين ومراهقين ناضجين جنسياً شيئاً ملفوظاً اجتماعياً ؛ خاصة إذا كانت الأطراف من جنس واحد، ولكنه ليس بالضرورة مصاحباً بالوله الجنسى بالأطفال.

كذلك.. فإن وقوع حدث واحد ، خاصة إذا كان المرتكب نفسه مراهقاً ، لايؤكد وجود الميل الدائم أو البارز الضرورى للتشخيص. وبعض المولعين بالأطفال جنسيّاً يتضمنون فيما بينهم رجال، يحتفظون بميلهم لشريك جنسى راشد، ولكنهم يلجأون إلى الأطفال بشكل اعتيادى كبديل لذلك ؛ لأنهم يعانون إحباطاً مزمناً فى الوصول إلى علاقات مناسبة . والرجال الذين يتحرشون جنسيّاً بأبنائهم غير البالغين أنفسهم ، أحيانا ما يتحرشون بأطفال أخرين أيضاً ، ولكن سلوكهم فى الحالتين يتجه إلى ولع جنسى بالأطفال .

(٦) السادية – المازوكية (التلذذ بالقسوة والإهانة) :

Sadism - Masochism

هو تفضيل لنشاط جنسى يتضمن إحداث الألم أو الإهانة أو الالتصاق . إذا كان الشخص يفضل أن يكون هو الطرف المستقبل لهذا النوع من الإثارة ، تسمى الحالة مازوكية، وإذا كان هو الطرف المصدر تسمى الحالة سادية، وأحياناً يحصل الفرد على الإثارة الجنسية من الممارسات السادية والمازوكية على السواء .

وكثيراً ما تستخدم درجات خفيفة من الإثارة السادية – المازوكية لتعزيز ممارسة جنسية طبيعية ، وتستخدم هذه الفئة التشخيصية فقط إذا كانت الممارسة السادية المازوكية هى أهم مصدر للإثارة أو ضرورية للإشباع الجنسى .

أحياناً .. يكون من الصعب التمييز بين السادية الجنسية وبين القسوة فى الموقف الجنسى أو الغضب غير المرتبط بالجنسية ، ويكون التشخيص أكيداً عندما يكون العنف ضرورياً للإثارة الجنسية .



Sadism - Masochism

(التلذذ بالقسوة والإهانة)

جاءت كلمة السادية من دوناسيان الفونس فرانسوا، المعروف بالماركيز دى ساد (١٧٤٠ - ١٨١٤) ، وقد اخترع هذه التسمية لوصف اتجاهاته وميله ، وتتراوح السادية من القسوة العادية إلى اللذة الجنسية ، ونستطيع تصنيفها كالآتى :

(أ) أعمال قسوة مصحوبة بالنشوة ، ولكن لايلزمها أى إحساس جنسى ، سواء أثناء أو بعد القسوة .

(ب) أعمال قسوة غير مصحوبة بالقذف ، ولكن يلازمها إرضاء جنسى مع الانتصاب أحيانا .

(جـ) أعمال قسوة مصحوبة بلذة جنسية مع الانتصاب والقذف .

وأحياناً ما تشمل السادية معنى شاملا لأى لذة من الشعور بالعدوان، ولاشك أن السادية تشجع على الاغتصاب والإقدام على الجريمة ؛ خاصة القتل ، وعادة ما يدخل تشخيص القتلة تحت أربع حالات :

١ - السيكوباتية .

٢- السادية .

٣- الفصام .

٤- نوبات المراهقة .

وفى أحد الأبحاث التى قام بها المؤلف مع الدكتور صادق (١٩٧٥)، تبين أن نسبة شذوذ المخ الكهربائى بين القتلة عالية ، سواء بالنسبة للمتواجدين فى السجن أو مستشفى الأمراض العقلية ؛ خاصة فى الجرائم غير الهادفة .

والمازوكية – وهى الحصول على اللذة الجنسية من الإحساس بالألم وإيقاع القسوة على الذات– متصلة بالرغبة فى العبودية واللذة من الإهانة والاستهزاء وتجريح الكبرياء ، واشتق الاسم من ليوبولد ساشر ماسوك (١٧٨٥ – ١٨٣٦)، القصصى النمساوى ، والتى أشارت قصصه لهذا الشذوذ . وليس للماسوكية المضار الاجتماعية مثل تلك المصاحبة للسادية ؛ نظراً لأن الإيذاء متجه إلى الذات ولايتعدى الغير .

وإذا جردنا السادية والمازوكية من التعبير الجنسى ، سنجد أن معظم الرجال يتصفون ببعض سمات السادية من حيث سيادة السيطرة ، وإثبات رجولتهم لفظيّاً أو جسديّاً، وكذلك المازوكية فى النساء من حيث الرغبة فى أن يسيطر عليهن الرجال، ويصبحن فى حمايتهم المستمرة، وإن زادت هذه الصفات .. فيحتمل أن تؤدى إلى انحراف السادية والمازوكية، ويعبر هذا الانحراف عن عدم ثقة فى القوة الجنسية، مع اتجاه كامن للاستجناس .

(٧) اضطرابات متعددة فى الإيثار الجنسى :

أحياناً يوجد أكثر من اضطراب تفضيل جنسي واحد فى الشخص نفسه، دون أن يكون لأحدهما الأولوية على الآخر ، والمزيج الأكثر شيوعاً هو الفتيشية مع تحول الزى والسادية – المازوكية .

(٨) اضطرابات أخرى فى الإيثار الجنسى :

قد توجد أشكال أخرى مختلفة فى النشاط والتفضيل الجنسى، وتتضمن هذه على سبيل المثال عمل اتصالات تليفونية فاحشة (داعرة) ، والاحتكاك بالآخرين فى الأماكن العامة المزدحمة من أجل الإثارة الجنسية (أى الاحتكاكية – Frotteurism)، والممارسات الجنسية مع الحيوانات (البهيمية) (Beastiality) ، واستخدام الخنق أو منع الهواء لزيادة الإثارة الجنسية .

والممارسات الجنسية متباينة جدا ، وهى على درجة من الندرة بحيث لاتستحق تحديد اصطلاح خاص لكل منها ، فابتلاع البول أو التلويث بالبراز أو خرق حلمات الصدر ليس إلا جزءاً من المخزون السلوكى للسادية المازوكية .

كذلك تكثر الطقوس المختلفة فى ممارسة العادة السرية ، ولكن حين تحدث ممارسات متطرفة كإدخال أجسام داخل المستقيم أو مجرى البول القضيبى ، أو خنق النفس الجزئى ، وتأخذ مكان الاتصال الجنسى العادى ، فهى عندئذ تعتبر من أنواع الشذوذ وتصنف كذلك هنا حالات جماع الموتى (Necrophilia) .

ونستطيع تلخيص بعض اضطرابات التعبير عن الجنس فى الآتى :

(١) الفمية :

وهو الحصول على اللذة الجنسية من ملامسة الفم للأعضاء التناسلية ، وهو انحراف منتشر سواء فى الجنسية المختلفة أو المثلية .

وقد أظهر كنسى فى أبحاثه الجنسية فى الولايات المتحدة أن مدى شيوع الفمية يعتمد على درجة التعلم ، فينتشر بين الطبقات العليا أكثر من السفلى ، وقد وجد أن ملامسة فم الرجل لأعضاء المرأة التناسلية يصل إلى ٤٠ ٪ من المتعلمين ، بينما لاتزيد النسبة عن ٤ ٪ فى الفئات الدنيا .

وتتراوح النسبة فى ملامسة فم المرأة لأعضاء الرجل التناسلية من ٧ - ٤٢ ٪، ويبدو أن للفمية علاقة مباشرة بمرحلة الرضاعة، أو كما أسماها فرويد المرحلة الفمية، بحيث إذا أرضيت هذه المرحلة، وأشبعت إشباعاً شديداً يثبت النضوج الجنسى للفرد عند هذه المرحلة ، ومن ثم يقاوم أى لذة لاتأتى عن طريق الفم ويحتمل العكس ؛ أى إن هذه المرحلة أحبطت فى طفولة الفرد ، الذى يحاول جاهداً تعويضها بالملامسات الفمية، أى إن الطفل إن لم يشبع غريزة الرضاعة والامتصاص فى طفولته ، أو أشبعها باستغراق .. فستنطلق هذه الطاقة فى النضوج على هيئة نشاط جنسى فمى، وتعتبر فى بعض المجتمعات إحدى وسائل المداعبات الشبقية ؛ للوصول إلى درجة أعلى من الارتواء الجنسى ، قبل أو أثناء الجماع، أى إنها تعلم شرطى حسب البيئة ، وتوافق الطرفين .

(٢) الشرجية :

وهى الحصول على اللذة الجنسية عن طريق الشرج ، ويتجاوب الطرفان وتحدث فى الاستجناس ، أو حتى فى علاقة الرجل بالمرأة ويجب ألا نتناسى أنه من

الناحية التشريحية ، تتغذى الأعضاء التناسلية . والشرج من مجموعة عصبية واحدة، وذلك يفسر إقدام منحرفى الشرجية على هذا الشذوذ .

ويؤول رواد مدرسة التحليل النفسى هذا الاضطراب ، إلى التثبيت فى المرحلة الشرجية عندما وجد الطفل لذة خاصة فى ملامسة الشرج، واستمر لاشعوريًا فى الحصول على اللذة من هذه الجهة ، أما المدرسة السلوكية فتفسر الشرجية على أساس تكوين ارتباط شرطى بأن الشرج هو مصدر اللذة ، ويكون سبب ذلك تجربة جلسية طفلية مع أحد الكبار، دون فهم من الطفل لطبيعة الشذوذ، وتتفوق على اللذة من أى وسيلة أخرى .

ولم يحصل كنسى على أية احصائيات بالنسبة للشرجية ، ولكن من الخبرة الإكلينيكية ، نستطيع تحديد النسبة بحوالى ٢٠ ٪ فى الاستنجاس ، وأقل من ٠,٥ ٪ فى العلاقة بين الرجل والمرأة .

(٣) طرق أخرى :

وهى الحصول على اللذة مثلاً من استعمال مجرى البول بوضع بعض الأدوات الداخلية ، وأحياناً ما تنزلق وتدخل المثانة ، وتحتاج لتدخل جراحى وأيضاً بعض الأماكن الشاذة ، مثل : تحت الأبط أو تحت الثدى أو بين الفخذين وعادة ما يكون سبب هذه اللذة المنحرفة هو تكوين فعل منعكس شرطى مرضى .

(٤) لذة الرمامة (الولع بالأوساخ) :

وهى الحصول على اللذة من ملامسة أو شم الإفرازات ، وأحياناً ما يأكل بعض مرضى الذهان المزمنين هذه الإفرازات ، وينتشر ذلك بين الحيوانات البدائية. ولكن اللذة هنا تصبح تذوقية شمية أكثر منها جنسية، ويوجد للآن بعض الأجناس تتذوق بعض الإفرازات التى يشمئز منها أى فرد ، بل وتثير التقزز من مجرد سماعها ، فيأكل مثلا الإسكيمو إفرازات الأنف وما بين أصابع القدم ، وكذلك يتذوق الأبورجين، السكان الأصليون فى أستراليا ، ما لاتستسيغه الأجناس الأخرى ... وهكذا .

ويجد بعض منحرفى لذة الرمامة نشوة فى مشاهدة عملية التبول ، عند الطرف الآخر أو شم رائحة الأعضاء التناسلية أو العرق ... إلخ ، ويؤول هذا الانحراف لخبرات انفعالية فى المراحل الفمية والشرجية الشبقية السابق ذكرها .

(٥) العادة السرية أو الاستمناء (جلد عميرة)

وهو الإتيان باللذة الجنسية ، من خلال مداعبة الأعضاء التناسلية الذاتية ،

وتستعمل كبديل للجماع الجنسى ، ويعانى كثير من الشباب والشابات من آلام نفسية شديدة وذلك من جراء الصراع بين الرغبة فى ممارسة الاستمناء والإحساس بالإثم ووخز الضمير ، وعصيان الدين ، ونصيحة الآباء .

وتبدأ الغالبية فى الشكوى من أعراض الإعياء النفسى والتوهم المرضى وصعوبة التركيز والصداع وآلام الظهر والسرحان نتيجة لهذا الصراع النفسى، وليس كنتيجة لممارسة الاستمناء كما فى ذهن كثير من العامة، بل إن بعض الآباء والأمهات يؤولون الذهان فى أبنائهم للاستغراق فى العادة السرية، وما ذلك إلا نتيجة للذهان وليس سبباً له .

وقد وجد كنسى أن ممارسة الاسنساء بين طلبة الإعدادية هى حوالى ٢٩ ٪ ، وطلبة الثانوية هى حوالى ٣٧ ٪ وتصل بين طلبة الجامعة إلى ٦٦ ٪ ، وكذلك تنتشر هذه العادة بين الفتيات ولكن بنسبة أقل من الرجال، وعادة ما يصاحب الاستمناء بعض التخيلات الجنسية مع الجنس الآخر أو الجنس نفسه ، وأحيانا ما تكون ميكانيكية دون أى تصور مع الجنس الآخر أو الجنس نفسه .

ويتجه العلاج نحو تفريغ الطاقات البيولوجية ، وعلاج القلق والإثم المصاحبين لممارسة هذه العادة ، مع نصيحة الفرد بتوزيع طاقاته بطرق متعددة، يقبلها المجتمع. ويمر معظم المراهقين بمرحلة ممارسة الاستمناء ، ولكن إن استمرت بعد الزواج تعتبر ظاهرة مرضية .

وأعتقد أنه قد آن الأوان لنبذ كلمة (العادة السرية)؛ لأنها لم تصبح سرية، وأصبحت موضوعاً للمناقشة بين الآباء والأبناء ، وإحصائياً منتشرة بين جميع الطبقات وبيولوجيا معترف بها كمرحلة فى تطور الفرد .

الاستجناس أو الجنسية المثلية أو اللواط :

Homosexuality - Lesbianism

ينتشر هذا المرض بين الرجال أكثر من النساء ، وهو أكثر شيوعاً فى بعض الدول عن الأخرى ، فتصل النسبة في بريطانيا والولايات المتحدة والدول الإسكندنافية إلى ١٨ – ٢٢ ٪ من كل الرجال ، وأحيانا تصل فى بعض الواحات المصرية والبلاد العربية إلى النسبة نفسها. وعادة ما يقتصر الاستجناس فى النساء على امرأة واحدة؛ أى إنها لاتمارس الجنسية المثلية إلا مع طرف واحد . أما فى الرجال فعادة ما يمارس الجنس مع عدة أشخاص ، ومازال هذا المرض جريمة فى مصر ، ولكن اعتبرته بعض الدول مرضاً يستحق العلاج ، بدلاً من العقاب ، الذى لايجدى فى مثل هذه الحالات ،

بل إن التصنيف العالمى (١٩٩١) والتصنيف الأمريكي (١٩٨٧) أصرّا على استبعاده كمرض نفسى ، واعتبر بالأكثر أسلوباً للحياة ، وهو أكثر شيوعاً فى الأماكن الآهلة بالجنس نفسه ، كالمدارس الداخلية ، والمعسكرات ، والسجون ، والمعتقلات وبين الحريم فى بعض البلاد العربية ... إلخ.

وتنحصر أسباب الاستجناس فى الآتى :

(١) العامل الوراثى :

وجد كولمان فى دراسته على التوائم المتشابهة أن النسبة تصل إلى ١٠٠ ٪ فى إصابتها بالاستجناس ؛ مما يؤكد الاستعداد الوراثى لهذا المرض ، ولكنى أعتقد أن فى هذه النسبة كثيراً من المبالغة ، وأن العامل الوراثى أو الاستعداد البيولوجى يلعب دورا مهمًّا ولكن ليس بهذه الدرجة . وتحاول بعض الأبحاث الجديدة اكتشاف خلل فى نسيج المخ؛ خاصة فى بعض أنواع المهاد التحتانى .

(٢) العامل الغدى :

اتجه العلماء فى تفسير الاستجناس إلى احتمال وجود اضطرابات فى الهرمونات الجنسية ، ولكن أكدت التقارير المتواصلة أن الغدد الجنسية لهؤلاء المرضى فى حالة سوية ، وأن مرضى الغدد الصماء – حتى بعد استئصال الغدد الجنسية – لايعانون من الجنسية المثلية ، ولكن أشارت بعض الأبحاث الجديدة إلى اضطراب فى نسبة إفراز الهرمونات الجنسية من الغدة النخامية فى هؤلاء المرضى .

(٣) العامل النفسى :

يفسر علماء التحليل النفسى ظاهرة الاستجناس فى الرجال بأنها تثبيت من الفرد تجاه الأم ، ومبالغة فى التجاوب الانفعالى معها ، بحيث لايستطيع إقامة علاقة مع الجنس الآخر ، الذى يمثل أمه ؛ لأن ذلك يعتبر من المحرمات. ولذا يتجه لإشباع طاقته مع الجنس نفسه ، أما فى النساء فيعبر الاستجناس عن رغبة لاشعورية فى السيطرة والسيادة وغيرة قضيبية من الرجال .

(٤) العامل الشرطى :

ويؤيد الأطباء السلوكيون تفسير هذا المرض على أساس تكوين فعل منعكس شرطى مرضى ، يؤدى إلى تنبه الجنس فى هذا المريض بمثيرات من الجنس نفسه أى اقتران موضوع الجنس فى بدايته مع الجنس نفسه، ويؤدى ذلك لفشله بعد ذلك مع الجنس الآخر؛ مما يعزز الارتباط المتجه إلى الجنسية المثلية ، ولذا يتجه

علاجهم إلى إطفاء هذا الارتباط الشرطى ، وإقامة فعل منعكس جديد سوى .

(٥) العامل البيولوجي :

لم يتمكن الباحثون من إقامة ترابط بين المكون الجسمي، والمزاج ومقاييس خاصة فى الجسم مع انحراف الاستجناس .

وأخيراً .. هناك اعتقاد بأن التكوين النفسى للاستجناس يحدث أثناء المرحلة الجنينية ، من خلال عبور بعض المواد من الأم إلى الجنين .

ويتجه البعض الآخر لأخذ كل العوامل السابق ذكرها فى الاعتبار ، عند مناقشة أسباب الاستجناس ، ولكن وجد المؤلف فى أحد أبحاثه الجديدة عن الضعف الجنسى ، بين جنسيات مختلفة من العرب ، ارتباطاً بين المكون الجسمي الواهن والعنة الجنسية .

وتحمل الجنسية المثلية عواقب اجتماعية أو خلقية خاصة ، إذا اعتدى فرد على قاصر ، وعادة ما يأتى المريض للعلاج خوفاً من الفضيحة أو تحت ضغط عائلى أو اجتماعى ، ونادراً ما يتطوع للعلاج للتخلص من هذا الشذوذ ، بل ويطلب كثير منهم العلاج من القلق ، والإثم والإحساس بالذنب ، المصاحب لاستجناسهم أكثر من طلبهم للشفاء من المرض ذاته .

وبالطبع يتجه العلاج هنا لخفض درجة التوتر النفسى ، أما العلاج النفسى ففائدته محدودة ، ولكن أعطى العلاج السلوكى الكاره أو المنفر نتائج مشجعة للاستمرار فيه ، بإعطاء مؤثر مؤلم كصدمات كهربائية بسيطة أثناء تخيل الفرد أو رؤيته للمنبه الممتع مع الجنس نفسه، أو إعطاء حقن خاصة تسبب أعراضاً جسمية مقززة ومؤلمة ، كما سبق الذكر فى علاج إدمان الكحول ، فيتكون تدريجيّاً فعل منعكس شرطى بالنفور والاشمئزاز من الجنس نفسه، ولكن لانستطيع للآن تكوين فعل منعكس توجهه نحو الجنس الآخر .

وقد اعتبر التقسيم الأمريكى الجديد للأمراض النفسية (١٩٨٧) أن اللواط أسلوب فى الحياة لايستحق العلاج فى حد ذاته ، إلا إذا عانى الفرد نفسيّا من هذا المرض، ولجأ للمساعدة . وقد اتبع التقسيم العالمى للأمراض النفسية والعقلية الشيء نفسه (١٩٩٢) .

وأحياناً ما يكون الاستجناس فى هيئة كامنة ، مثل : الاستمناء أثناء التفكير فى الجنس نفسه أو الاحتلام ليلاً على الجنس المماثل .. وبالطبع كلما كانت الرغبة كامنة،

كان من اليسير علاجها عن النشاط الإيجابى ، وكثير من الاضطرابات الجنسية السابق ذكرها كمظاهر للاستجناس الكامن . ويعتقد البعض أن مرضى الاستجناس يتميزون بنعومة خاصة ، وأنوثة فى تصرفاتهم ، ولكن الغالبية منهم لايثيرون الشك؛ لأنهم يمثلون الرجولة بكافة معانيها .

عسر الوظيفة الجنسية غير العضوي :

يتضمن عسر الوظيفة الجنسية كل الأشكال التى يكون فيها الفرد غير قادر على المشاركة فى عمل علاقة جلسية ، كما يتمناها أو تتمناها ، فقد يكون هناك انعدام اهتمام أو انعدام متعة أو فشل فى الاستجابات الفسيولوجية الضرورية للتفاعل الجنسي المؤثر (على سبيل المثال الانتصاب) ، أو عدم القدرة على التحكم فى النشوة أو الوصول إليها .

الاستجابة الجنسية هى عملية نفسجسمية ، وفى أغلب الأحيان تتداخل العمليات النفسية والجسمية فى إحداث الاضطراب الوظيفى الجنسى ، وقد يكون من الممكن التعرف على السبب النفسى أو العضوى بشكل مؤكد ، ولكن الأكثر شيوعا، خاصة فى مشكلات، مثل : الفشل فى الانتصاب ، أو آلام الجماع ، أن يكون من الصعب التأكد من الأهمية النسبية لكل من العوامل النفسية و/ أو العضوية .

وفى هذه الحالات ، يكون من المناسب تصنيف الحالة باعتبارها عسر انتصاب وظيفى لسبب مختلط أو غير محدد .

إن بعض أنواع الاختلال الوظيفى تحدث فى كل من الرجال والنساء (على سبيل المثال : انعدام الرغبة الجنسية) ، ولكن النساء يملن إلى التقدم أكثر بشكاوى حول الكيفية الذاتية للخبرة الجنسية (على سبيل المثال غير ممتعة أو غير مثيرة) أكثر من الفشل فى استجابة معينة .

والشكوى من عسر وظيفى فى اللذة ليس بغير شائع ، ولكن إذا تأثر جانب واحد من جوانب استجابة المرأة الجنسية .. فإن الأرجح أن الجوانب الأخرى سوف تتأثر أيضاً على سبيل المثال ، إذا عجزت امرأة عن الوصول إلى اللذة ، فسوف تجد نفسها غير مستمتعة بأبعاد أخرى فى ممارسة الحب ، وسوف تفقد أيضاً كثيراً من شهيتها للجنس .

وعلى الجانب الآخر إذا اشتكى الرجال من عجز فى استجابة معينة على سبيل المثال كالانتصاب أو القذف ، فإنهم عادة مايذكرون أن شهيتهم للجنس مستمرة ،

على الرغم من هذا الفشل . وبالتالى.. فإنه من المهم البحث وراء الشكوى الحاضرة لتقرير الفئة التشخيصية الأكثر ملاءمة فى كل حالة .

انعدام أو فقدان الرغبة الجنسية :

يعد فقدان الرغبة الجنسية هى مشكلة أساسية وليست نتيجة ثانوية لصعوبات جنسية أخرى ، مثل : الفشل فى الانتصاب أو آلام الجماع . كذلك .. فإن انعدام الرغبة الجنسية لايستبعد الاستمتاع أو الاهتياج الجنسي ، ولكنه يعنى انخفاض المبادرة فى النشاط ، وهى حالة أكثر إشكالية فى هؤلاء الرجال الذين تنتظر شريكاتهم أن يأخذوا هم بزمام المبادرة .

بغض الجنس ، وعدم الاستمتاع الجنسي :

(أ) بغض الجنس :

يصاحب توقع التفاعل الجنسي مع الشريك مشاعر شديدة السلبية ، وتحدث خوفاً أو قلقاً كافياً لتجنب النشاط الجنسي .

(ب) عدم الاستمتاع الجنسى :

تحدث الاستجابات الجنسية بشكل طبيعى ، ويحدث شعور بالنشوة ، ولكن هناك عدم استمتاع بالدرجة الملائمة ، وهذه الشكوى شائعة بين النساء عنها بين الرجال .

الفشل في استجابة أعضاء التناسل :

فى الرجال ، عسر انتصاب وظيفى :

المشكلة الأساسية هى صعوبة الانتصاب أو الاحتفاظ به بشكل يناسب جماع مرضٍ . إذا كان الانتصاب يحدث طبيعياً فى مواقف معينة على سبيل المثال: أثناء العادة السرية أو النوم أو مع شريكة مختلفة .. فإن السبب أقرب عندئذ إلى أن يكون نفسى المنشأ . وإذا لم يكن الحال كذلك .. فإن التشخيص الصحيح لحالة فشل انتصابى غير عضوى المنشأ يجب أن يعتمد على فحوصات خاصة (على سبيل المثال القياسات الليلية للانتفاخات القضيبية) ، أو على العلاج النفسى .

فى النساء، الجفاف المهبلى أو العجز عن تخفيف الاحتكاك :

هذه الحالة يمكن أن تكون نفسية المنشأ ، أو نتيجة لمرض موضعى (على سبيل المثال : التهاب) أو نتيجة لنقص هرمون الأستروجين (على سبيل المثال بعد انقطاع

الدورة) ، ومن غير المعتاد أن تشكو النساء من جفاف مهبلى أولى إلا كعرض لنقص الأستروجين بعد انقطاع الدورة .

يتضمن :

اضطرابات انتصابية فى الذكور .

اضطرابات اليقظة الجنسية فى الإناث .

العنانة نفسية المنشأ .

خلل النشوة (عسر هزة الجماع الوظيفى) : Orgasmic Dysfunction

هزة الجماع (أو القذف عند الرجال) إما أنها لاتحدث أو تحدث متأخرة كثيراً ، وقد تحدث فقط فى حالات معينة (بمعنى أنها تحدث فقط فى بعض المواقف، وفى هذه الحالة يكون السبب غالبا نفسى المنشأ) أو غير متغيرة (ثابتة) حيث يصبح من الصعب استبعاد العوامل البدنية أو التكوينية ، إلا من خلال الاستجابة الإيجابية للعلاج النفسى .

وعسر وظيفة هزة الجماع أكثر شيوعاً بين النساء عنه بين الرجال.

القذف المبكر : Premature Ejaculation

هو عدم القدرة على التحكم فى القذف بدرجة كافية ؛ بحيث يستمتع الطرفان بالتفاعل الجنسى، وفى الحالات الشديدة قد يحدث القذف قبل الدخول إلى المهبل أو حتى فى غياب الانتصاب. ومن غير المعتاد أن يكون القذف المبكر عضويا ، ولكنه يمكن أن يحدث كرد فعل نفسى لاضطراب عضوى على سبيل المثال عجز فى الانتصاب أو ألم. وكذلك قد يبدو القذف مبكرا إذا كان الانتصاب يحتاج إلى إثارة طويلة مما يقصر من الفترة الزمنية بين الوصول إلى انتصاب كافٍ وبين القذف .

والمشكلة الرئيسية فى هذه الحالة هو تأخر الانتصاب (يمكن إضافة فئة إضافية من اللذة غير المصحوبة بقذف عند الرجال ، وإن كانت هذه المشكلة عادة ثانوية لمرض جسمى أو آثار أدوية) .

التقلص المهبلى غير العضوى : Nonorganic Vaginismus

تقلص فى عضلات مدخل الحوض التى تحيط بالمهبل ؛ فيتسبب فى إغلاق الفتحة المهبلية ، مما يجعل الدخول القضيبى إما محالاً أو مؤلما ، وإن كان التقلص

المهبلى يعتبر رد فعل ثانوى لسبب موضوعى للألم ، فهنا لايجوز استخدام هذا التشخيص .

ألم الجماع غير العضوى :

ألم الجماع (أو الألم أثناء الجماع الجنسى) يحدث فى كل من النساء والرجال، وفى كثير من الأحوال يمكن إرجاعه إلى مرضية موضعية ، وعندئذ يجب تصنيفه تبعاً للحالة المرضية . أما فى بعض الحالات التى لايوجد فيها سبب واضح عندئذ يصبح من المهم البحث عن السبب النفسى ، وتستخدم هذه الفئة التشخيصية فقط فى حالة عدم وجود اضطراب وظيفى جنسى آخر ، وعلى سبيل المثال تقلص مهبلى أو جفاف مهبلى .

زيادة الدافع الجنسى : Excessive Sexual drive

قد يشكو كل من الرجال والنساء أحياناً من زيادة فى الدافع الجنسى؛ باعتبارها مشكلة فى حد ذاتها ، وتحدث غالبا أثناء سنوات المراهقة الأخيرة وبدايات الرشد ، عندما يكون فرط الدافع الجنسى ثانوياً لاضطراب وجدانى ، أو حين يحدث أثناء المراحل المبكرة من الخرف ، وعندئذ يجب أن يشار إلى الاضطراب النفسى .

يتضمن : الغلمة (النسوية) – النعاظ (الشبق المفرط عند الرجال) .

علاج الاضطرابات الجنسية :

يتلخص العلاج فى النقاط الآتية :

(١) العلاج النفسى، مع تفسير وتعليم المريض ، وتوجيهه للطريقة الصحيحة .

(٢) الإيحاء بالتشجيع والعلاج النفسى التخديرى .

(٣) التحليل النفسى .

(٤) العلاج الشرطى السلوكى . ويركز على العلاج بالنفور بواسطة أجهزة خاصة ، بأن يسلط على الجسم أو الدماغ ذبذبات كهربائية مؤلمة أثناء التصور الفكرى أو البصرى للإثارة الجنسية ، سواء الفتيشية ، أو الاستجناس . والهدف هو تكوين ارتباط شرطى جديد ، بأن المنبه الشاذ يرتبط بالألم بدلا من اللذة . ومن ثم ينطفئ الارتباط المرضى السابق .

وقد حقق هذا العلاج بعض النتائج المشجعة ، ولكنها لاتصل لدرجة أن يوصى بها فى كل الحالات ، حيث تتراوح درجة التحسن من ٢٠ – ٤٠ ٪ .

(٥) العلاج الكيميائى بالعقاقير المضادة للقلق والخوف والاكتئاب:

ويلجأ بعض الأطباء فى علاج العنة ، التى لاتتحسن بالعلاج النفسى والكيميائى إلى حقن جذع القضيب بمواد تزيد من اندفاع مجرى الدم ؛ مما يؤدى إلى الانتصاب وسهولة الإيلاج ، والعقاقير المستعملة حاليا هى البابافرين والبروستاجلاندين ، وتستمر فاعلية هذا العلاج حوالى ساعة ، ويتعلم المريض حقن ذاته ، أحياناً أو يلجأون للجراحة وذلك بزرع مادة صلبة قابلة للانثناء فى القضيب .

(٦) طريقة ماستروز جونسون لعلاج الاضطرابات الجنسية :

ويعتمد هذا العلاج على إقامة الطرفين لمدة أسبوعين فى أحد الفنادق أو بالمنزل والعلاج اليومى طوال هذه المدة ، وتقتصر الثلاث أيام الأولى على معرفة الطرفين من الناحية الطبية ، والنفسية والجنسية فى وجودهما معا ، وبعد هذه المائدة المستديرة تعطى التعليمات المهمة بشأن العلاج ، والتى يجب ممارستها بالفندق أو بالمنزل وتبدأ كالآتى :

١- مرحلة اكتشاف مراكز الإدراك الحسى :

يمنع تماماً الجماع الجنسى فى هذه الفترة ، ويتدرب الطرفان على التدليك المتبادل باستعمال زيوت الجلد المقوية ذات الرائحة العطرة ، ويشمل التدليك كل أعضاء الجسم ، ما عدا الثدى والأعضاء الجنسية . والغرض من هذه المرحلة هو إعادة اكتشاف هذه الحواس ، سواء باللمس أو بالشم ، أو بالتلامس الجسدى ، وتعلم كيفية الحصول على اللذة بإعطاء اللذة .

٢- مرحلة اكتشاف مراكز الإدراك الجنسى :

ويسمح بالتلاقى بين الأعضاء الجنسية والشبقية ، ولكن يمنع الجماع الجنسى كما فى مرحلة الإدراك الحسى. ويكون التلامس والتلاقى على أساس (اعط لتأخذ) ، وتبدأ المداعبات واكتشاف الأماكن الحساسة الجنسية فى كل من الطرفين، والتى تختلف من فرد إلى فرد ، من القضيب إلى البظر .. إلى الثدى .. إلى ماوراء الأذن ، وتحت الإبط إلى الساقين أو البطن أو فوق العانة .. إلخ ، والغرض من هذه المرحلة هو إزالة القلق المصاحب لعملية الجماع الجنسى، بإزالة كل العوائق واقتراب الطرفين من بعضهما البعض ، دون الأداء الجنسى .

٣- مرحلة علاج الاضطراب الجنسي :

وتختلف حسب نوعية الاضطراب، فهؤلاء الذين يعانون من القذف المبكر، تشجع الزوجة على إثارة القضيب حتى انتصابه ، ثم الضغط على المنطقة ما بين رأس القضيب وجذعه بين الأصابع والإبهام حتى تختفى الرغبة فى القذف ، ويصبح القضيب شبه رخو، وتكرر عملية الإثارة والضغط عدة مرات ، ثم أخيرا يسمح بالإيلاج على أن تكون الزوجة فى الوضع الأعلى .

أما هؤلاء الذين يعانون من فشل القذف ، فتشجع الزوجة على الإثارة القوية اليدوية للقضيب ، لحين الوصول للقذف خارج المهبل وتدريجياً يستطيع الإيلاج مع القذف ، على أساس أن تكون المرأة فى الوضع الأعلى .

أما فى حالة العنة الجنسية أو ضعف الانتصاب .. فتستعمل طريقة الإثارة والضغط ، حتى وإن فقد القضيب قوته ، فتكرر العملية حتى يمكن الإيلاج. ويجب أن تكون المرأة فى الوضع الأعلى ، ويؤكد الباحثان أن مسئولية انتصاب القضيب تقع كلية على عاتق الزوجة .

أما فى حالات البرود الجنسي وعدم القدرة على الارتواء .. فيشجع الزوج على إثارة البظر ، أما فى التقلص المهبلى فمع إثارة البظر ، يحاول الزوج إيلاج بعض الموسعات الصلبة المتدرجة فى الحجم داخل المهبل ، ويجب البدء فى الإيلاج والمرأة في الوضع الأعلى ، ثم الوضع الجانبى وأخيرا الوضع المألوف والرجل فى الوضع الأعلى .

ويعطى العلاج بهذه الطريقة نتائج مشجعة ، ويدعى الباحثان ١٠٠ ٪ شفاء فى حالات التقلص المهبلى ، ٩٨ ٪ فى حالات القذف المبكر ، ٨٣ ٪ فى البرود الجنسى، ٨٢ ٪ فى فشل القذف ، ٧٢ ٪ فى العنة الثانوية ، ٥٩ ٪ فى العنة الأولية، (أى لم ينتصب طوال حياته) . وأعلى نسبة نكسية كانت فى العنة الثانوية إذ وصلت إلى حوالى ١١ ٪ ، أما فى الحالات الأخرى فلم تزد عن ٥ ٪ فى خلال الخمس سنوات اللاحقة للعلاج ، وقد طبق هذا العلاج فى مصر بعد إدخال بعض التعديلات الثقافية وأتى بنتائج مشجعة (ط. عكاشة – س. الخولى ، ١٩٩٧) .

(٧) العلاج الجراحى :

لايطبق هذا العلاج إلا فى حالتين :

١ – العنة الجنسية الأولية غير العضوية ، وهنا يقوم الجراح بزرع قضيب أو

عمود من البلاستيك أو أى مادة صلبة قابلة للانثناء أو الانتصاب فى جذع القضيب، ومن ثم فإن صلابة القضيب بواسطة هذا العمود تسهل من عملية الإيلاج ، ومن ثم يحدث الانتشاء وتكمل العملية الجنسية .

٢- اضطراب الهوية الجنسية ومحاولة تحويل الجنس للجنس الآخر، وهو أحياناً الحل الأوحد لمثل هذا الاضطراب ، ولكن يجب توافر عدة شروط قبل إجراء الجراحة ، هى :

(أ) خلو المريض من أى اضطراب عقلى أو ضلالات أو سمات ضد اجتماعية فى الشخصية .

(ب) تأقلم وتكيف المريض مع دور الجنس الآخر تحت تأثير الهرمونات (هرمونات الأنوثة فى الذكر، وهرمونات الذكورة فى الأنثى) لمدة لاتقل عن سنتين .

(جـ) فشل العلاج النفسى والسلوكى فى تقويم هذا الاضطراب .

(د) وجود مركز للطب النفسى وجراحة التجميل ؛ لمتابعة هذه الحالات بعد الجراحة .

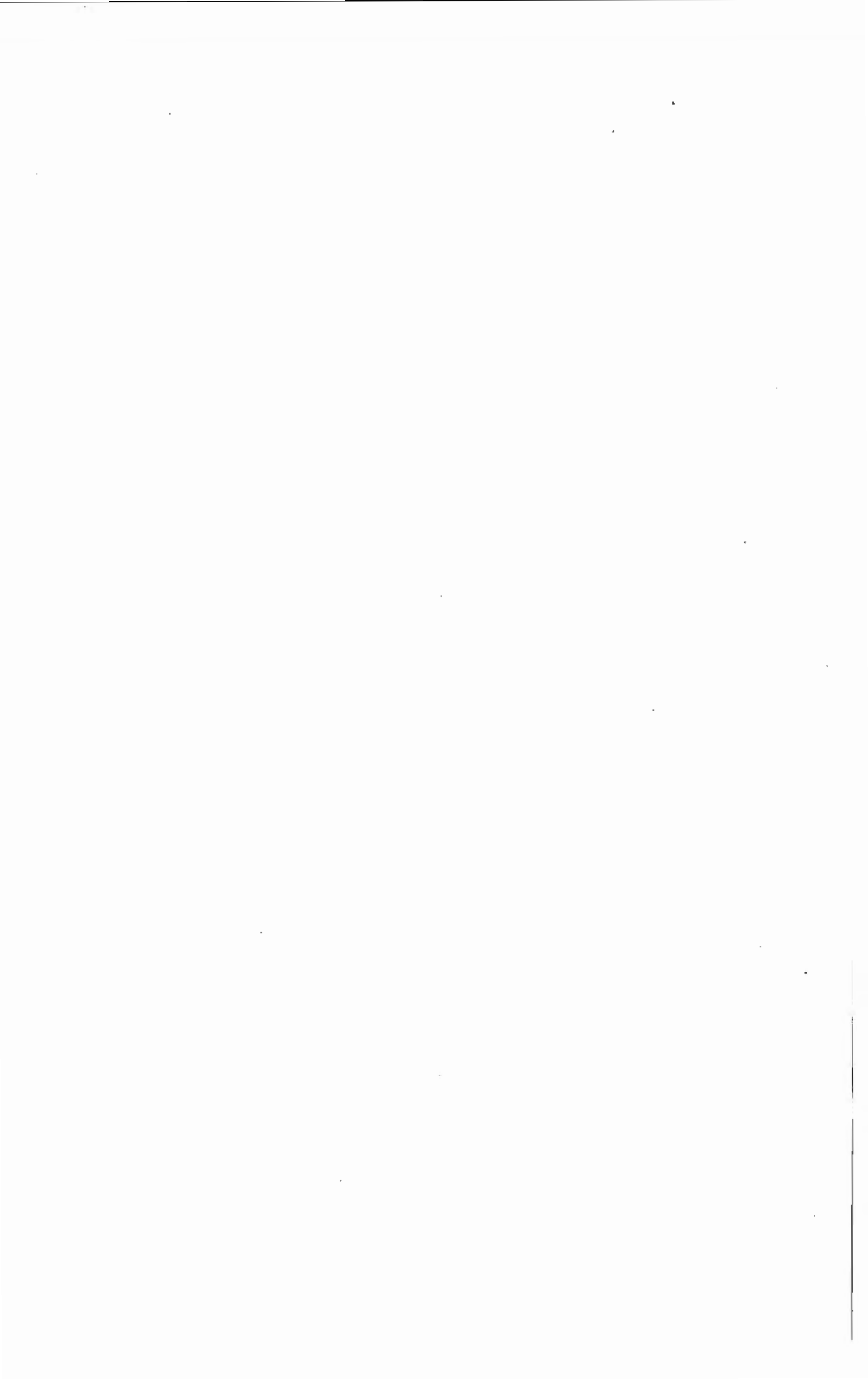
وعلى الرغم من نجاح جراحات تحويل الذكر إلى أنثى .. إلا أنه من الصعب تحويل الأنثى إلى ذكر لأسباب تشريحية وتجميلية ؛ ولذا يجب التردد كثيرا قبل القيام بالجراحة فى الحالات الأخيرة .

8

الأمراض السيكوسوماتية (السيكوفسيولوجية) أو النفسجسدية

يعتبر المرض السيكوسوماتي مرادفًا للذهان من الناحية الخبراتية في المدارس النفسية الإنسانية : إذ إن التعبير العادي بين الأفراد هو التعبير الخارجي الحركي والحسي: أي الأمراض العصابية التحولية الهستيرية.

أما أكثرها بدائية ونكوصًا من الناحية قبل اللفظية في وسيلة التعبير، فهو ظهور الأمراض الجسدية كوسيلة لحل الصراع النفسي الدفين في حياة المريض.



Code	العربية	English
F45	**الاضطرابات الجسدية الشكل**	**F45 Somatoform disorders**
F45.0	اضطراب الجسدنة	Somatization disorder
F45.1	اضطراب جسدى الشكل غير مميز	Undifferentiated somatoform disorder
F45.2	اضطراب مراقى (توهم المرض)	Hypochondriacal disorder
F45.3	خلل الأداء (خلل الوظيفة) المستقلى (الأوتونومى) الجسدى الشكل	Somatoform autononic dysfunction
.30	فى القلب والجهاز القلبى الوعائى	Heart and cardiovascular system
.31	فى الجهاز الهضمى العلوى	Upper gastrointestinal tract
.32	فى الجهاز الهضمى السفلى	Lower gastroinlestintil tract
.33	فى الجهاز التنفسى	Respiratory system
.34	فى الجهاز البولى التناسلى	Genitourinary system
.38	فى أى عضو أو جهاز آخر	Other organ or system
F45.4	اضطراب الألم الجسدى الشكل المستديم	Persistent somatoform pain disorder
F45.8	الاضطرابات الجسدية الشكل الأخرى	Other somatoform disorders
F45.9	اضطراب جسدى الشكل ، غير معين	somatoform disorder, unspecified

يعتبر المرض السيكوسوماتي مرادفًا للذهان من الناحية الخبراتية في المدارس النفسية الإنسانية؛ إذ إن التعبير العادي بين الأفراد هو التعبير الخارجي الحركي والحسي؛ أي الأعراض العصابية التحولية الهستيرية.

أما أكثرها بدائية ونكوصًا من الناحية قبل اللفظية في وسيلة التعبير، فهو ظهور الأمراض الجسدية كوسيلة لحل الصراع النفسي الدفين في حياة المريض.

تسمى الآن حسب التصنيف العالمي اضطرابات انفعالية وسلوكية، ثانوية ومصاحبة لاضطرابات فسيولوجية، حيث إن لفظ سيكوسوماتية يعني ازدواجية الجسم عن النفس ، وحيث إن النفس جزء من الجسم والمخ ؛ ولذا لايصح انفصالهما.

الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات عضوية، يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً مهماً وقوياً وأساسيًا ، وعادة مايكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي .

وتختلف الأمراض السيكوسوماتية عن الأعراض التحويلية الهستيرية في أن الأخيرة عبارة عن تحول القلق إلى أعراض وعلامات، تشمل الجهاز الحركي والحسي الإرادي، ولها معناها الرمزي في الحياة اللاشعورية للفرد.

ونستطيع أن نفرق بين المرض السيكوسوماتي والمرض العصابي (الهستيري) بالمثل الآتي :

المريضة (أ) لاتستطيع السير نظرا للروماتيزم المفصلي، الذي أصاب ركبتها (مرض سيكوسوماتي)، أما المريضة (ب) فلاتستطيع السير نظراً لإصابتها بشلل في الساقين (مرض عصابي).

فالمريضة (أ) لاتستطيع التعبير عن احتجاجها وميولها العدوانية نحو زوجها الطاغي أو الظالم، وتكبت التوتر والغضب، والذي يظهر لاشعورياً في هيئة تقلصات عضلية حول المفاصل ؛ مما يؤدي الى اضطرابات في الدورة الدموية، وتغيرات

عضوية أخرى فى هذه المنطقة، تؤدى إلى روماتيزم المفاصل.. فالمريضة هنا تعانى من الآلام العضوية المصحوبة بالغضب، والاكتئاب واليأس.

أما المريضة (ب) فهى لاتريد الارتباط بالزواج فى الوقت الحالى، وتريد الاستمرار فى الدراسة ، وتوافق شعوريًا تحت ضغط الأسرة، ولكن الشحنة اللاشعورية الرافضة تصيبها بفقدان القدرة على حركة الساقين (شلل هستيرى)، والذى يرمز هنا إلى عدم الرغبة اللاشعورية فى الإقدام على الزواج ، وهنا لاتعانى المريضة من آلام عضوية أو نفسية ؛ لأنها حولت كل القلق إلى هذا العرض العضوى، بل أحياناً ماتبتسم أثناء الشكوى (الجميلة غير المبالية).

ولذا فالأمراض السيكوسوماتية ليست إلا التورط الانفعالى فى الأعضاء والأحشاء ، والتى تغذى بالجهاز العصبى اللاإرادى مثل قرحة الاثنى عشر والربو الشعبى، ويعانى المريض عادة من القلق والاكتئاب ، بل أحياناً ما يهدد القلق حياته.

أما الأمراض العصابية التحولية .. فتشمل الأجهزة الحركية والحسية اللاإرادية، وتهدئ من القلق والاكتئاب بتحويله إلى حلول رمزية للصراع، وعادة لاتهدد هذه الأعراض حياة الفرد.

ويعتبر المرض السيكوسوماتى مرادفاً للذهان من الناحية الخبراتية فى المدارس النفسية الإنسانية . إذ إن التعبير العادى بين الأفراد هو التعبير الخارجى الحركى والحسى؛ أى الأعراض العصابية التحولية الهستيرية.

أما أكثرها بدائية ونكوصاً من الناحية قبل اللفظية فى وسيلة التعبير، فهو ظهور الأمراض الجسدية كوسيلة لحل الصراع النفسى الدفين فى حياة المريض.

والتفسير العلمى لكل هذه الأمراض السيكوسوماتية هو عدم القدرة على التعبير عن الانفعال بالكلمة، وتسمى الكسيثيميا Alexithymia ، ومن ثم يظهر الانفعال فى هيئة أمراض جسدية ، وكأنما الفرد بدلاً من البكاء بعينيه، فهو يبكى بأحد أعضاء جسمه، مثل : الجلد ، أو المعدة أو القولون أو القلب ... إلخ.

وسنعرض فى هذا الفصل بعض الأمراض السيكوسوماتية المهمة :

قرحة المعدة والاثنى عشر :

يصف البعض هذا المرض بأن المعدة تأكل ذاتها ، وأن الرغبة فى الطعام مرادفة للرغبة فى الحب ولبن الأم.

ويتميز مريض القرحة بأنه جسور، دؤوب ، يعمل بإتقان وإخلاص ، مثابر، ولكنه يعترف بلهفته للسلبية الاعتمادية؛ مما يسبب له صراعاً يوقعه في هذا المرض، وتعرف القلة من الناس بحاجتها إلى الاعتمادية ، على الرغم من يقيننا أن الحاجات الاعتمادية والاستقلالية تتساوى من الناحية النفسية ، فنجد أن الاعتمادية مرغوبة فى المرض ، وفى الطلب.

والاعتمادية المتبادلة مطلوبة فى الفرق الرياضية والموسيقية وفى السياسة ، والحرب، والحب والزواج ، وأفكار الاعتمادية فى الرجال ، عادة مايصحبها الخوف اللاشعورى من الجنسية المثلية، والخضوع المتصل بها ، أما فى النساء .. فيكون جزءاً من نبذ الدور الأنثوى ، ولذا نستطيع القول بأن الذكورة المرغوبة فى النساء هى إحدى صور مريض القرحة.

كذلك يقال أن مريض القرحة يتميز بالشخصية الفمية ، وأنه قد ثبت فى نضوجه فى المراحل المبكرة؛ مما جعله يعتمد على الغذاء السلبى، ليس فقط من ناحية الطعام ، بل الحب ، والمادة والرخاء، والنجاح، ويلاحظ أن مريض القرحة يتحسن بالطعام وتسوء حالته عند الجوع.

ولاننسى هنا أن نعدد الاسباب العضوية للقرحة من أمراض فى الغدد الصماء، إلى عقاقير معينة إلى الخمر .. إلخ ، وأخيراً البكتريا الحلزونية؛ خاصة فى قرحة المعدة، والتى تعالج بالمضادات الحيوية ومضادات الحموضة.

قرحة القولون :

يعبر هذا المرض عن عدوان لاشعورى مكبوت، وعادة مايصاحبه شعور بالذنب واعتمادية طفلية .

ونعتبر كثيراً من المرضى مثبتين فى المرحلة الشرجية فى نضوجهم الانفعالى، ويبدو ذلك فى أنماطهم الوسواسية من ناحية : النظافة ، النظام ، الالتزام ، الصدق ، الإخلاص وبعض البخل ، وعدم قدرتهم على التعبير عن شعورهم العدائى والعدوانى بطريقة مباشرة ؛ فهم لايبخلون فى جعل أقاربهم يعانون من جراء مرضهم.

ويحتاج هؤلاء المرضى أثناء العلاج إلى المساندة الانفعالية القوية، ولاداعى للدخول فى تحليلات نفسية عميقة ؛ حتى لاتنهار الحيل الدفاعية اللاشعورية ، وتزداد الحالة سوءاً .

الربو الشعبي :

يشبه صفير أو ازيز مريض الربو أثناء التنفس صرخة الطفل، منادياً أمه. والحق أن كثيرا من مرضى الربو يعانون من علاقة سطحية فقيرة مع أمهاتهم ، وأن أحد مسببات نوبات الربو هو التهديد بفقدان أو الانفصال عن الأم، أو مايقابلها من بديل كزوجة أو صديقة .. إلخ.

ويبدو التناقض الشديد فى علاقة المريض بأمه، أو من يقوم مقامها فى الخوف من الابتعاد أو الانفصال ، وفى الوقت نفسه الرغبة فى الاستقلال وعدم الاعتمادية ؛ مما يؤدى إلى صراع نفسى، يجعل الفرد عرضة لتقلصات الشعب الهوائية ونوبات ربوية.

ارتفاع ضغط الدم :

إن التحكم الزائد فى الانفعالات وكبت الغضب والعدوان وعدم التعبير اللفظى والحركى عن الصراعات الداخلية يؤدى إلى جهد على الجهاز العصبى؛ مما يؤثر على إفراز بعض الهرمونات ، مثل : الأدرينالين والرينين، والتى تؤدى بدورها إلى ازدياد ضغط الدم .

وعادة مايكون مرضى الضغط المرتفع من ذوى الشخصيات الوسواسية ، الذين يميلون للإتقان والنظام؛ مما يجعل تكيفهم مع المجتمع صعباً ومجهداً.

قصور الشرايين التاجية بالقلب :

من العوامل المختلفة التى تلعب دوراً مهماً فى نشأة تصلب الشرايين مع قصور الشرايين التاجية فى القلب : السمنة، والسجائر ، وزيادة السكر وارتفاع الدهنيات فى الدم، وعدم الحركة .. وكلها لها علاقة واضحة بالهيكل الاجتماعى، وأسلوب الحياة الغربى، وأنماط مميزة فى الشخصية ، والتعرض لمواقف خاصة.

وتلعب العوامل النفسية والاجتماعية دورها من خلال :

١ - تكوين الشخصية :

هؤلاء الذين يعملون بكد وجدية ساعات طويلة، دون كلل أو تعب ، ويتقبلون التحديات المختلفة ، ونستطيع نعتهم بمدمنى العمل (Workholic) . ويتميز هؤلاء الأفراد بالرغبة فى السيطرة؛ خاصة على الزوجة والأطفال والكفاح المستمر للصعود

فى الدرج الاجتماعى، مع عدم القدرة على الاسترخاء ، ومحاولة إثبات فحولتهم ونشاطهم الجنسى.

والحق أن هؤلاء فى حاجة ملحة للحب والحنان ومن خلال فقدهم لذلك يعوضونه بالبحث عن القوة والتفوق .

٢ - الصراعات عبر الإنسانية :

وتكون النواة هنا الإحباط فى الوصول إلى السيطرة فى العمل أو الأسرة، أو الفشل فى الرقى والتفوق الاجتماعى ، أو تدهور فى الوظيفة، أو عدم خضوع الزوجة والأطفال ، أو متاعب مادية مستمرة وظهور كل هذه الصراعات ، على الرغم من العمل الجاد المستمر المنهك ؛ مما يؤدى إلى القابلية للإصابة بقصور الشرايين التاجية.

٣ - السلوك التفاعلى للصراعات :

يميل هؤلاء الأفراد إلى قمع الشحنات الانفعالية، بعكس طفولتهم التى كانت مملوءة بالاندفاع والحركة والغضب والتعبير اللفظى والحركى عن الانفعالات المختلفة. وعندما تتجمع هذه العوامل الثلاث من تكوين الشخصية والصراعات الانسانية والسلوك المحبط، يصبح الإنسان أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب؛ لذا فالنصيحة التى تتبع من هذه المقدمة هى أن يغير الناس من أسلوبهم المرضى الخطير فى الإفراط فى الطعام والتدخين وإهمال الحركة والرياضة ، وأن يحاول الإنسان أن يبتعد عن الاغتراب الحالى والصراعات التنافسية ، وأن يتحلى بالتعاون والتفهم والمساندة لأخيه الإنسان.

الصداع النصفى :

يتميز هؤلاء المرضى بالطموح الزائد ، وعادة ماينشأون فى أسرة محافظة متزمتة، تعتنى بكمال أطفالهم وبعدهم عن الأخطاء؛ مما يؤدى إلى إحساس عدائى نحو الأبوين أو من يقوم مقامهما ، وكبت هذا الإحساس ، مع نبذ الدوافع الجنسية بواسطة الأنا الأعلى المهيمن المسيطر، والذى يؤدى إلى مزيد من الإحباط، والذى يسبب الصداع النصفى، وعادة مايكون هؤلاء المرضى من الشخصيات الوسواسية ، ذات الضمير الحى، مع الطموح الزائد وذكاء فوق المتوسط.

السمنة :

إذا استبعدنا العوامل الغدية، نجد أن معظم أسباب السمنة تتلخص فى أسباب نفسية واجتماعية- وتبدأ بتعويض الأبوين عن فشلهما وخيبة أملهما بالالتصاق

والحماية الزائدة لأطفالهم، وعادة ماتكون الأم هى الشخصية السائدة ، التى تحمى أولادها بطريقة قهرية قلقة، مع تطلعات وآمال عريضة ؛ لكى يحقق طفلها مافشل الأبوان فى تحقيقه؛ مما يعرقل النزعة الاستقلالية والنضوج الذاتى فى الطفل.

وقد يبدو الفرد البدين للرائى ، وكأنه وديع خاضع سلبى ، ويختلف ذلك عن الحقيقة .. فعندما يتعرض لأى إحباط اجتماعى، مع إثارة دوافعه العدائية فسيجد إشباعه ورضاءه فى الانغماس فى تناول المزيد من الطعام ، وهو بذلك يعبر عن عدوانه بطريقة رمزية، كأنما يعبر له الطعام على أنه المحبوب الأوحد .

وتلعب صورة الجسم فى الشخص البدين دوراً قوياً فى معناها الانفعالى ورغبته فى القوة والسيطرة، ويصبح فقدان الوزن لايعنى فقط تحمل الجوع، بل الفقدان الرمزى للحب ، ومايشبعه الطعام من انتقام للميول العدوانية ، وأخيراً الخوف من فقدان القوة التى تعطيها له صورته الجسدية.

وتصبح السمنة تدريجياً هى التبرير والدفاع عن أى فشل يواجه الفرد البدين. وعلى الرغم من أن النضوج الجنسى تعرقله السمنة، وكذلك على الرغم من عدم الاهتمام سواء فى الرجل أو المرأة بالجنس كهدف .. إلا أنه من النادر أن نلاحظ فى البدين أو البدينة الجنسية المثلية ، ولكن عادة ماينجح السيدات البدينات مع الرجال ، ويحققن زواجاً سعيداً فى معظم الحالات.

وتلاحظ البدانة فى المسجونين أو المعتقلين لمدد طويلة ، المحرومين من الحب والسعادة وإثبات الذات، وهنا يصبح الإفراط فى الطعام إشباعاً وحماية ووقاية لاحتمال حدوث أو إثارة ذهان كامن ، وعندما يحاول الفرد تخفيض وزنه يحتمل إصابته بالذهان.

لذا وجب علينا قبل النصيحة بخفض الوزن ، أن ندرس العوامل النفسية والاجتماعية فى الشخص البدين ، والتى تختلف من حالة إلى أخرى، والتعمق فى معرفة المعنى الشخصى للسمنة ؛ حتى يتسنى أن نكشف له عن الدوافع الحقيقية ، ومن ثم لايتعرض لأى تفسخ فى ذاته.

روماتيزم المفاصل :

يبدأ هذا المرض وتزداد شدته مع الجهد الانفعالى، الذى يتعرض له الفرد ، ويحتمل أن يكون هذا الجهد : وفاة الزوج أو صديق، أو الطلاق ، أو النبذ ، أو الإجهاض أو خيبة الأمل ... إلخ .

ويوافق البعض على أن الصفة المشتركة فى هؤلاء هى الإحساس بالهجر والنبذ والثورة مع ميول عدوانية مصحوبة بالشعور بالذنب نحو الأقارب والأحباب. وقد يرفض بعض المرضى المساعدة النفسية ، ولكن مع إقامة علاقة وطيدة ، والألفة مع المعالجة .. تتحسن حالة المريض تحسناً ملحوظاً.

وفى أحد الأبحاث، التى أشرف عليها المؤلف مع الدكتور فطيم (١٩٧٣) ، وجد أن الأمراض السيكوسوماتية الخارجية (مثل روماتيزم المفاصل) تختلف تماماً عن الأمراض الداخلية (مثل قرحة المعدة)؛ خاصة بعد تطبيق اختبارات روشاخ، وذلك فى أن مرضى روماتيزم المفاصل يملكون حاجزاً ضد اختراق العدوان داخلهم وعكسه دائماً للخارج ، بعكس مرضى القرحة الذين يسهل اختراق حاجزهم ، وبالتالى امتصاص العدوان للداخل . وقد أدخل الدكتور فطيم فى هذا الشأن أبعاد الإقدام – الهيبة فى قياس الصورة الجسدية ، ودرجة المناعة النفسية فى هؤلاء المرضى.

الأمراض الجلدية :

ينشأ الجلد والجهاز العصبى من الناحية التكوينية من المصدر نفسه ، ولذا نجد الترابط المستمر بين الأمراض الجلدية والنفسية ، بل إنه عادة مانعبر عن انفعالاتنا بطريقة جلدية ... إحمرار الوجه بسبب الخجل أو الحرج، الشحوب من الخوف، العرق من الفزع ، وقوف الشعر فى حالات الرعب ، وجلد الوز عند التعرض لمشاهد مميزة.

وتنقسم الحالات الجلدية السيكوسوماتية إلى :

١ – عصاب الجلد، وهنا يكون المريض هو المسبب فى المرض الجلدى، مثل طبع نتف أو نتش الشعر ونتف الأظافر ، والرهاب الجلدى مثل الخوف من ديدان فى الجلد ، الخوف من سرطان الجلد ، الخوف من الأمراض التناسلية والجلدية المعدية .

وعادة ماتأخذ هذه الأمراض الطابع الوسواسى القهرى ، وتضم الآن إلى مجموعة اضطرابات التحكم فى الاندفاعات ، وكذلك التهاب الجلد الصنعى ، البثور التشوهية (حب الشباب).

٢ – استجابات نفسية مع اضطرابات فسيولوجية ، مثل : احمرار الوجه والعرق الغزير فى اليدين والرجلين.

٣ – أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسى دوراً مهماً ، مثل : الحكة، والثعلبة البقعية، والحزاز المبسط.

٤ – أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسى دورا غير محدد، مثل : الاكزيما، العد الوحشى، البهاق ، الصدفية وأمراض الحساسية المختلفة.

٥ – أمراض جلدية تصاحب بعض الأمراض الجسمية، والتى لها علاقة بالعوامل النفسية مثل الحكة مع مرضى السكر.

ونلاحظ أن بعض الحالات الانفعالية تترابط مع بعض الأمراض الجلدية المميزة ؛ فالعدوان يترابط مع الحكة، والقلق مع العرق الغزير ، والخزى مع العد الوردى، والغضب مع الارتيكاريا ، واللهفة للحب مع التهاب الجلد ... إلخ .

وعادة مايعانى مريض الجلد النفسى من الحاجة الشديدة للحنان والحب والمساندة ، وعدم القدرة على إعطاء الحب للآخرين ، وكبت شديد لكل الانفعالات؛ خاصة الحزن والغضب مع قمع لعدة دوافع جنسية.

وقد يفيد هذا التفسير الدينامى فى العلاج النفسى ، وكشف العوامل الدفينة التى أدت للمرض الجلدى. ولكن يجب ألا نغفل احتمال وجود مرض عصابى أو ذهانى أولى، أدى إلى هذا المرض الجلدى؛ فكثيراً مايكون الالتهاب الجلدى الصنعى ثانويا للاكتئاب. وطبع نتف الشعر ثانويا للوسواس القهرى، والثعلبة البقعية ثانوية لاضطراب تحويلى هستيرى ، وحب الشباب التشوهى وسيلة لإرضاء المازوكية وتأنيب الذات .

ولانستطيع ذكر كل الأمراض السيكوسوماتية فى هذا الفصل ، ولكن يتجه الطب الحديث الآن نحو الاعتقاد فى أن معظم الأمراض الجسدية يلعب فيها العامل النفسى دوراً قوياً ، سواء فى نشأتها أو استمرارها أو إثارتها ، أو ضعف مقاومة الفرد لمهاجمة المرض؛ لدرجة أن بعض الأبحاث الحديثة تفيد بوجود ترابط بين السرطان والعوامل النفسية. وقد ثبت ترابط أجهزة المناعة بالحالة المزاجية للفرد.

ولذا فعلى الطبيب أن يحترم الأسباب الاجتماعية والنفسية فى كل مرضاه، وألا يغفل الحقيقة في أن هذه الأسباب تكون أحياناً مفتاح الشفاء.

ويشمل علاج هؤلاء المرضى العلاج النفسى المعرفى والشخصى والمساندة الاجتماعية. وتفيد العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب فى سرعة الشفاء، وتقليل المعاناة، وزيادة المناعة ، حيث إن هذه الأمراض السيكوسوماتية لن يتم شفاؤها إلا إذا عولج العامل النفسى بكفاءة ؛ حيث إن الاستجابة للعلاج الطبى، والالتئام ، وعدم النكسات يعتمد على جودة العلاج النفسى .



٩

الاضطرابات العقلية والسلوكية المصاحبة للحمل والنفاس

غالباً مايظهر على المرأة في بدء الحمل بعض التغير الانفعالي السريع ، وأحياناً ماتصاب المرأة العصابية ببعض القلق والاكتئاب والمبالغة في الوحم . وفي بعض الحالات يظهر الإحساس بتحسن الحال في النصف الثاني من الحمل ، وإذا كان الحمل غير مرغوب فيه أو سفاحاً ، أو صاحب وفاة الزوج أو الطلاق أو كره الزوجة للزوج تزيد الأعراض العصابية بشدة...

F53	**الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة لفترة النفاس، التى لم يتم تصنيفها فى موضع آخر**	**Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified**
F53.0	اضطرابات نفسية وسلوكية خفيفة مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها فى موضع آخر	Mild mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified
F53.1	اضطرابات نفسية وسلوكية شديدة مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها فى موضع آخر	Severe mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified
F53.8	اضطرابات نفسية وسلوكية أخرى مصاحبة لفترة النفاس، لم يتم تصنيفها فى موضع آخر	Other mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified
F53.9	اضطراب نفسى وسلوكى مصاحب لفترة النفاس ، غير معين	Puerperal mental disorder, unspecified

وغالباً مايظهر علي المرأة في بدء الحمل بعض التغير الانفعالي السريع ، وأحياناً ماتصاب المرأة العصابية ببعض القلق والاكتئاب والمبالغة في الوحم . وفي بعض الحالات يظهر الإحساس بتحسن الحال في النصف الثاني من الحمل ، وإذا كان الحمل غير مرغوب فيه أو سفاحاً ، أو صاحب وفاة الزوج أو الطلاق أو كره الزوجة للزوج تزيد الأعراض العصابية بشدة ....

لايؤثر الحمل فى حد ذاته على الصحة النفسية والعقلية للمرأة ، بل تكون الخطورة أثناء الولادة ، وبعدها فى هؤلاء المهيئات بطبيعتهن لتلك الأمراض .

ولاشك أن الولادة والرضاعة من الوظائف الطبيعية للمرأة ، ولكنها فى الوقت نفسه تكون مصحوبة بأعباء فسيولوجية إضافية ، أو بتسمم الحوامل ؛ مما يساعد على ظهور علامات المرض العقلى فى هؤلاء ، اللاتى يكن مهيئات وراثياً لذلك .

وغالباً مايظهر على المرأة فى بدء الحمل بعض التغير الانفعالى السريع ، وأحياناً ماتصاب المرأة العصابية ببعض القلق والاكتئاب والمبالغة فى الوحم . وفى بعض الحالات يظهر الإحساس بتحسن الحال فى النصف الثانى من الحمل ، وإذا كان الحمل غير مرغوب فيه أو سفاحاً ، أو صاحب وفاة الزوج أو الطلاق أو كره الزوجة للزوج . تزيد الأعراض العصابية بشدة ، وتصبح عقبة فى استمرار الحمل خاصة الأعراض الهستيرية والقئ والآلام ... إلخ ، وليس لهذه الأعراض فى حد ذاتها تأثير ضار على الجنين نفسه ، إلا إذا كان الجنين مصاباً بضعف خلقى وراثى ، يؤثر على فرصته فى البقاء ، ولايصح إجهاض المريضة قانوناً إلا بشروط خاصة، حيث تكون الحالة من الشدة بحيث يخشى على حياة المريضة العقلية ، أو أن تترك آثاراً دائمة فى عقليتها .

وأحياناً ماتصف المريضة العصابية فترة الحمل ، بأنها أحسن أو أسوأ فترات حياتها ، بالنسبة لاختفاء أو زيادة أعراضها العصابية أثناء الحمل .

ولاتؤثر جلسات الكهرباء خاصة بعد التخدير على الحمل أو الجنين ، وقد عالجت كثيراً من السيدات فى الشهر الثامن من الحمل بالكهرباء ، دون أى تأثير ضار على الحمل أو المريضة أو الجنين ، أما تأثير الحمل على الذهان الوظيفى فغير مهم ، وتكمن الخطورة فى الولادة أو بعدها .

ذهان الولادة والرضاعة :

ويدرج عادة تحت تصنيف ذهان غير نموذجى ؛ لأنه يتميز بتباين الأعراض. واختلف الباحثون فى نسبة انتشار ذهان الولادة ، ولكنه يتراوح ما بين ١ ,٠-٢ ,٠ ٪ من كل حالات الحمل ، أما نسبة العصاب فهى أكثر من ذلك ، ويظهر الذهان فى حوالى ١٨ ٪ قبل الولادة ، وفى ٥٠ ٪ فى أول أسبوعين بعد الولادة وفى ٣٢ ٪ بعد ذلك.

ويعلل البعض هذا الذهان بالتالى :

(أ) النفور والخوف من الولادة .

(ب) اتجاه عصابى نحو الأمومة يعتمد على خبرات اكتسبتها المرأة من التربية الأسرية .

(جـ) عدم التوافق فى الزواج .

(د) الاستعداد الوراثى للذهان .

ويأخذ ذهان الولادة عدة صور إكلينيكية :

(١) الذهان الوجدانى ٤٠ ٪ من الحالات ، إما فى هيئة اكتئاب أو هوس (ابتهاج) .

(٢) الذهان الفصامى فى ٢٠ ٪ من المرضى .

(٣) الذهان العضوى فى ٢٨ ٪ من الحالات، ويأخذ صورة هذيان تحت حاد.

(٤) أعراض عصابية وسلوكية متبقية فى ١٢ ٪ من المرضى .

وغالباً مايظهر الذهان فى شكل فصام وجدانى ؛ أى خليط من الأعراض الفصامية والوجدانية ، ومن الضلالات الاضطهادية إلى الشعور بالذنب والإثم ، واضطراب التفكير وأعراض كتاتونية ، وأحياناً مايصاحب هذه الأعراض بعض تشوش الوعى ، ويجب الاحتياط لمنع محاولات الانتحار أو قتل الطفل ، وذهان الولادة المصحوب بالاكتئاب الذهانى من الحالات النادرة، التى تقتل الأم أثناءها رضيعها .

ويتميز هذا الذهان بالتعرض للانتكاسات ، إن لم يستمر العلاج لمدة طويلة . ولذا ننصح المرضى بمداومة العلاج أو البقاء بالمستشفى ؛ حتى تختفى الأعراض ، وحتى لاتصبح السيدة عرضة لأعراض عقلية مختلفة .

ويعالج هذا الذهان كما تعالج الأمراض الفصامية والاكتئابية مع إعطاء بعض المقويات والفيتامينات .

ويجب أن نفرق ذهان الولادة عن ذهان حمى النفاس ، وسببه وجود التهابات وتقيحات فى الرحم والمهبل ، ويصحبه ارتفاع فى درجة الحرارة ، وجفاف الحلق ، وسرعة النبض ، وأحياناً خراج الثدى مع هذيان حاد واختلاط عقلى ، ويعالج بالمضادات الحيوية مع المهدئات .

وتبلغ نسبة الاكتئاب بعد الولادة حوالى ١٠ ٪ ، وتزيد بعد الإجهاض إلى ٢٥ ٪ .

وقد يظهر ذهان الاكتئاب بعد عدة أسابيع من الولادة ، ويكون مصحوباً بعلامات الإرهاق نتيجة للرضاعة والأرق ، ولذا يجب فطم الطفل ، والعناية الخاصة بغذاء الأم مع بقية العلاج اللازم للاكتئاب .

وتعتبر سهولة البكاء والإثارة فى اليوم الأول والثانى من الولادة (Blues) عرضاً طبيعياً يحدث لدى معظم النساء .

وقد بالغ بعض العلماء فى أهمية انتكاسات ذهان الولادة ، بعد كل حمل . ولذا ينصح البعض بالإجهاض لأسباب تتعلق بالصحة النفسية للأم ، ولكن احتمال ظهور هذا الذهان فى الحمل الثانى لاتزيد عن ١ : ٧ ؛ ولذا إذا كانت الأم تحت إشراف طبى مستمر .. فلامانع من التعرض للحمل ثانية ، إلا إذا وجدت ظروف خاصة تمنع ذلك سنشرحها فيما بعد .

إجهاض الحوامل :

تثير مشكلة الإجهاض جدلاً طويلاً حول صلاحيتها ومدى فاعليتها ، ويتعلق الإجهاض بالنواحى القانونية ، والخلقية والاجتماعية ، والدينية ، ومن حيث أن القانون غير محدد بالنسبة لهذا الموضوع ، وإباحته أو منعه ، وكذلك فعادة مايكره أطباء النساء والولادة هذه العملية دون أسباب طبية ، يخشى منها على حياة الجنين ، أو الأم ، وأخيراً .. فإن الدين لايسمح بذلك إلا لأسباب مرضية بحتة .

وقد أباحت أخيراً بعض الدول الإجهاض حتى لأسباب اجتماعية ، وعند رغبة أى امرأة فى إنهاء الحمل – وخاصة البلاد الاسكندنافية (الدانمرك) ، وبريطانيا ، واليابان .. إلخ – لحل مشاكل تحديد النسل ، والأطفال غير الشرعيين، وإطلاق الحريات الشخصية ، على الرغم من اعتراض الكنيسة ؛ لإنهاء حياة مخلوقات الله .

ويعانى الكثيرات من السيدات حوالى ٢٥ ٪ بعد الإجهاض من الشعور بالذنب وتأنيب الضمير وبعض أعراض الاكتئاب ، ويجب أخذ ذلك فى الاعتبار قبل الإقدام على التصريح بالإجهاض .

وفى اعتقادى الخاص أنه يجب تحديد عملية الإجهاض فى حالات الأمراض النفسية والعقلية للأسباب الآتية :

(١) حالات ذهان الولادة التى شفيت بعد النوبة الأولى ، ولكن يخشى من احتمال وجود ندبة واضحة ، وتدهور فى شخصية المريضة إذا أصيبت بنوبة أخرى من هذا الذهان .

(٢) مريضات الفصام اللائى استطعن بعد فترة من العلاج الوصول إلى درجة من التوافق الاجتماعى ، والعمل المنتظم ، وإصابتهن ثانية بالذهان ستؤدى إلى إدخالهن المستشفى وفقدهن لهذا التوافق .

(٣) مريضات الاكتئاب اللائى لم يتحسن على العلاج ، ومن الخطورة تعرضهن لأى إجهاد مثل ذهان الولادة .

(٤) الاكتئاب التفاعلى فى شخصية غير سوية أو عاجزة ، مع وجود عوامل اجتماعية وراثية تستدعى الإجهاض ؛ فمثلاً إذا واجهتنا سيدة لها خمسة أو ستة أطفال ، نصفهم مرضى بأحد الأمراض الوراثية المستعصية ، وأصيبت من جراء ذلك بحالة اكتئاب تفاعلى بعد الحمل ، والحالة الاجتماعية للأسرة لاتسمح بأعباء طفل آخر ، مع احتمال إصابة الجنين بالمرض الوراثى ذاته . هنا أعتقد أن الإجهاض واجب لصحة الأم والطفل والعائلة ... وهكذا .

ولكن أرى أنه إذا نصحنا سيدة بالإجهاض لأسباب نفسية أو عقلية .. فيجب النصيحة أيضاً بإجراء عملية لتعقيم هذه السيدة ، إذ يحتمل أن تأتى ثانية بعد عدة شهور مطالبة بالإجهاض ، وإذا كانت الأسباب النفسية التى دعتنا لإجهاضها فى أول الأمر هى السابق ذكرها ، فهنا يكون عقمها مع الإجهاض هو الحل الوحيد .

والجدير بالذكر هنا السؤال التالى :

هل تستطيع الحامل الاستمرار فى تناول مضادات القلق والاكتئاب والذهان؟

وما الموقف إذا حملت وهى تتعاطى هذه الأدوية ؟

وما التصرف إذا كانت تتناول علاج الوقاية مثل الليثيوم أو مضادات الصرع؟

وعلى الرغم من كل التحذيرات بشأن هذه الأدوية أثناء الحمل ، إلا أنه لم يثبت علمياً أى إدانة أو ترابط بين تناول هذه العقاقير ، واحتمال إصابة الجنين بأى تشوهات ، ولكن نظراً لأن احتمال التشوهات فى الولادة الطبيعية تصل إلى نسبة ١-٣٪ ، إذاً إذا حدثت تشوهات.. فإنه لايمكن الجزم بأنه من العقاقير أو حالة طبيعية ، ولذا ينصح بعدم تناول هذه الأدوية فى الثلاث شهور الأولى من الحمل ، والعقاقير التى يحتمل تواكبها مع التشوهات هى مضادات الصرع وأحياناً الليثيوم .

وتختلف الأدوية فى إفرازها مع اللبن من ثدى الأم أثناء الرضاعة ، والغالبية نسبتها ضعيفة ولاتؤثر فى الجنين ، وهنا يجب استشارة الطبيب النفسى فى حالة الاستمرار فى الرضاعة أو فطم الطفل .



اضطراب الشخصية والسلوك في الراشدين

Personality Disorders

تنعكس شخصية الفرد علي معاملاته مع الناس ؛ فالشخصية هي الصورة المنظمة المتكاملة لسلوك الفرد ، التي تميزه عن غيره ؛ أي إنها عاداته وأفكاره واتجاهاته واهتماماته وأسلوبه في الحياة .

F69-F60

اضطرابات شخصية البالغين وسلوكهم — Disorders of adult personality and behaviour

F60	**اضطرابات نوعية فى الشخصية**	**Specific personality disorders**
F60.0	اضطراب الشخصية الزورانى (البارانويدى)	Paranoid personality disorder
F60.1	اضطراب الشخصية شبه الفصامية	Schizoid personality disorder
F60.2	اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع	Dissocial personality disorder
F60.3	اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً	Emotionally unstable personality disorder
.30	النمط الاندفاعى	Impulsive type
.31	النمط البين – بينى (الحدى)	Borderline type
F60.4	اضطراب الشخصية الهيستريونية	Histrionic personality disorder
F60.5	اضطراب الشخصية القسرية	Anankastic personality disorder
F60.6	اضطراب الشخصية القلقة (الاجتنابية)	Anxious [avoidant] personality disorder
F60.7	اضطراب الشخصية الاتكالية	Dependent personality disorder
F60.8	اضطرابات نوعية أُخرى فى الشخصية	Other specific personality disorders
F60.9	اضطراب فى الشخصية، غير معين	Personality disorder, unspecified
F61	**اضطرابات الشخصية المختلطة وسائر اضطرابات الشخصية**	**Mixed and other personality disorders**
F61.0	اضطرابات مختلطة فى الشخصية	Mixed personality disorders
F61.1	تغيرات مزعجة فى الشخصية	Troublesome personality changes
F62	**التغيرات الباقية فى الشخصية، التى لاترجع إلى تلف أو مرض فى الدماغ**	**Enduring personality changes, not attributable to brain damage and disease**
F62.0	تغير باق فى الشخصية تلو تجربة فاجعة	Enduring personality change after catastrophic experience
F62.1	تغير باق فى الشخصية تلو مرض نفسى	Enduring personality change after psychiatric illness
F62.8	التغيرات الباقية الأخرى فى الشخصية	Other enduring personality changes
F62.9	تغير باق فى الشخصية ، غير معين	Enduring personality change, unspecified

F63	**اضطرابات العادات والنزوات**	**Habit and impulse disorders**
F63.0	المقامرة المرضية	Pathological gambling
F63.1	إشعال الحرائق المرضى (هوس الحريق)	Pathological fire-setting [pyromania]
F63.2	السرقة المرضية (هوس السرقة)	Pathological stealing [kleptomania]
F63.3	هوس نتف الشعر	Trichotillomania
F63.8	اضطرابات أخرى فى العادات والنزوات	Other habit and impulse disorders
F63.9	اضطراب فى العادات والنزوات، غير معين	Habit and impulse disorder, unspecified
F64	**اضطرابات الهوية الجنسية**	**Gender identity disorders**
F64.0	التحول الجنسى	Transsexualism
F64.1	لبسه الجنس الآخر الثنائية الدور	Dual-role transvestism
F64.2	اضطراب الهوية الجنسية فى الطفولة	Gender identity disorder of childhood
F64.8	اضطرابات أخرى فى الهوية الجنسية	Other gender identity disorders
F64.9	اضطراب الهوية الجنسية، غير معين	Gender identity disorder, unspecified
F65	**اضطرابات التفضيل الجنسى**	**Disorders of sexual preference**
F65.0	الفتيشية	Fetishism
F65.1	لبسة الجنس الآخر الفتيشية	Fetishistic transvestisin
F65.2	الاستعراض	Exhibitionism
F65.3	البصبصة	Voyeurism
F65.4	عشق الأطفال	Paedophilia
F65.5	السادية – المازوخية	Sadomasochism
F65.6	اضطرابات متعددة فى التفضيل الجنسى	Multiple disorders of sexual preference
F65.8	اضطرابات أخرى فى التفضيل الجنسى	Other disorders of sexual preference
F65.9	اضطراب فى التفضيل الجنسى، غير معين	Disorder of sexual preference, unspecified
F66	**الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة للنماء والتوجه الجنسى**	**Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation**
F66.0	اضطراب النضج الجنسى	Sexual maturation disorder
F66.1	التوجه الجنسى المقلق للأنا	Egodystonic sexual orientation
F66.2	اضطراب العلاقة الجنسية	Sexual relationship disorder
F66.8	اضطرابات أخرى فى النماء النفسى الجنسى	Other psychosexual development . disorders

F66.9 اضطراب فى النماء النفسى الجنسى، غير المعين — Psychosexual development disorder, unspecified

يمكن استعمال محرف خامس للإشارة إلى كون الاضطراب مصحوباً بما يلى — A fifth character may be used to indicateassociation with :

.X0 اشتهاء الجنس المغاير — Heterosexuality

.X1 اشتهاء الجنس المماثل — Homosexuality

.X2 اشتهاء الجنسين — Bisexualily

.X8 اشتهاءات أخرى ، بما فيها ماقبل البلوغ — Heterosexuality Other, including prepubertal

F68 الاضطرابات الأخرى فى شخصية وسلوك البالغين — Other disorders of adult personality and behaviour

F68.0 المبالغة فى الأعراض الجسمية لأسباب نفسية — Elaboration of physical symptoms for psychological reasons

F68.1 الاختلاق أو التظاهر المقصود بأعراض أو بحالات عجز إما جسمية أو نفسية (اضطراب مفتعل) — Intentional production or feigning of symptoms or disabilities either physical or psychological [factitious disorder]

F68.8 اضطرابات معينة أخرى فى شخصية البالغين وسلوكهم — Other specified disorders of adult personality and behaviour

F69 اضطراب غير معين فى شخصية البالغين وسلوكهم — Unspecified disorder of adult personality and behaviour

تنعكس شخصية الفرد علي معاملاته مع الناس ؛ فالشخصية هي الصورة المنظمة المتكاملة لسلوك الفرد ، التي تميزه عن غيره ؛ أي إنها عاداته وأفكاره واتجاهاته واهتماماته وأسلوبه في الحياة .

أولاً : اضطرابات الشخصية

الشخصية كلمة نرددها كثيراً وببساطة ، دون أن نعرف – فى غالب الأحيان – معناها المحدد .

وكلمة الشخصية كلمة كبيرة ... تحمل عدة معان ...

وتنعكس شخصية الفرد على معاملاته مع الناس ؛ فالشخصية هى الصورة المنظمة المتكاملة لسلوك الفرد ، التى تميزه عن غيره ؛ أى إنها عاداته وأفكاره واتجاهاته واهتماماته وأسلوبه فى الحياة .

وعندما نحاول وصف أية شخصية .. فإننا نفسرها على أساس السمات ، التى تتجلى على صاحبها ، مثل : البشاشة ، والتجهم ، والسخاء ، والصدق ، وحب السيطرة، والرياء .

ولكننا لانستطيع أن نلصق بشخص ما سمة من هذه السمات ، إلا إذا كانت هذه السمة تميز سلوكه معظم الوقت .

وليست الشخصية مجرد مجموعة من هذه السمات .. بل إنها فى الحقيقة حصيلة تفاعل هذه السمات .. بعضها ببعض ، فهناك ، على سبيل المثال ، الشخص الذكى ، النشيط ، الطيب القلب، ولكنه مستسلم .. إن مثل هذا الشخص يصلح لأن يكون تابعاً مخلصاً .

وكذلك نجد أن اختلاف سمة واحدة من السمات ، التى تميز شخصية ما قد يؤدى إلى تغيير فى الصورة النهائية للشخصية .

وتمر شخصية الإنسان بمراحل مختلفة من الطفولة حتى النضج . فالطفل مثلاً يظهر صفات متضاربة من السلوك .. فهو يحب أمه ، ثم يكرهها فى لحظتين متتابعتين ، أو قد يكذب ثم يعبر بعد ذلك من سخطه على الكذب .. إن ذلك يعتبر من مظاهر عدم النضج فى الشخصية ، ومع مرور الوقت .. وتقدم عمر الطفل .. تتضح شخصيته وتتكامل .

وعندما نقول إن الشخصية ناضجة .. فإننا نعنى بذلك وجود تناسق فى السمات ، التى تميزها بطبع علاقات الفرد بالناس بطابع السلوك الصحيح ، الذى يعينه على تحمل كافة المسئوليات .. وتقبل التضحيات المختلفة ، فى سبيل بناء أسرته أو مجتمعه .

ولكن ... هناك ملاحظة ...

ليس من الضرورى أن يصل الشخص البالغ إلى مستوى الشخصية المتكاملة لمجرد اكتمال نضجه الجسمانى ، فقد نجد أحياناً فتاة عمرها ثمانية عشر عاماً ، وتتمتع بنضج فى شخصيتها .. كما نلاحظ رجلاً فى الخمسين يعانى من عدم النضج .

وهناك سؤال ..

هل للوراثة دخل فى تحديد سمات الشخصية ؟

أو بعبارة أخرى .. **هل يرث الأولاد عن آبائهم ملامح شخصياتهم ؟**

إن عامل الوراثة ضعيف فى تحديد سمات الشخصية المتصلة بمعاملات الأشخاص الاجتماعية ، كمواقف الصداقة أو العداء بالنسبة للآخرين .. وكذلك فى المستويات الأخلاقية .. والاتجاهات التقدمية أو الرجعية ، ولو أن البعض يجزم بدور الوراثة حتى فى هذه الأبعاد . ولكن العامل الوراثى يلعب دوراً مهماً فى أبعاد الانطوائية والانبساطية ، وكذلك يغذى الثبات الانفعالى وعدم النضج الانفعالى ، والعلاج النفسى ... إذاً يمكن أن يكون ذا أثر فعال فى تقويم الشخصية .

إن شخصية الفرد تبدو من خلال تصرفاته مع الناس ، وإن لم يحدث ذلك على الدوام ؛ فمن الممكن أن نقابل شخصية ذات قوة بالغة ونفوذ واسع ، فنقول عن صاحبها إنه عظيم أو عبقرى ، فإذا خلا صاحبها إلى نفسه تعجب من رأى الناس فيه، لأنه يعلم أنه لايتمتع فعلاً بالصفات التى يسبغها عليه الناس .

بعض سمات الشخصية والميول السياسية

صارم الفكر

تعصب اللون
تأييد عقوبة الإعدام
الصرامة مع المجرمين

سهولة الطلاق
إلغاء قوانين الإجهاض
الزواج التكاملى

المحافظون ———— المتطرفون

لاداعى للتأمين
الدين إجبارى فى التعليم
تحديد النسل غير قانونى
العودة للدين

إلغاء الملكية الخاصة
لاداعى للسيادة
لاداعى للعقم الإجبارى

رقيق الفكر

بعض سمات الشخصية والميول الاجتماعية

دكتاتوري

فاشى
انبساطى – صارم الفكر – محافظ
محافظ

شيوعى
اشتراكى

محافظ ———— راديكالى (متطرف)

ديموقراطى

حر

فهناك إذاً الشخصية الظاهرية الاجتماعية ، التى تعكس على الناس مايريد صاحبها أن يعتقد الناس فيه .

والشخصية الباطنية الحقيقية التى يحتفظ بها الفرد داخله .. ويحاول إخفاءها ؛ حتى لايتعرض لأنواع مختلفة من الصراع والنقد .

ثم إنه كثيراً مايكون مرجع الفشل فى الدراسة .. أو عدم التوفيق فى الحياة الاجتماعية إلى أن العائلة تريد توجيه الابن أو البنت إلى دراسة معينة ؛ فتتكيف شخصية الابن أو البنت على هذا الأساس ، ويقتنع أى منهما بأن هذه الكلية أو هذا العمل هو مايناسبه فعلاً . ولكن عندما يبدأ الابن أو البنت فى مزاولة الدراسة على غير هواه .. يجد أن الفشل يلاحقه ، بل ويشعر بالملل ، وعدم الرغبة فى الاستمرار .

والسر فى ذلك هو أن شخصيته لاتتلاءم مع الطريق ، الذى أجبر على السير فيه ؛ فالموافقة الأولى على السير فى الطريق المرسوم له ليست نابعة من رأس الفرد نفسه ، ولكنها فى الحقيقة انعكاس لشخصية الآخرين ، آباءً كانوا أو أمهاتاً ، وليس لشخصيته الأصلية أى دور فى تحديد الطريق ، الذى أجبر على السير فيه .

وبعد ظهور نتائج الامتحانات ، يجد الشبان والشابات فى بلدنا أن الأهل فى كثير من الأحيان قد لعبوا الدور الخطير فى رسم مستقبلهم ، دون الاهتمام بما يضطرب فى نفوسهم من رغبات .

ومن هنا اقتنع الكثيرون بوجود ثلاثة أبعاد للشخصية ، هى:

(أ) الصورة الذاتية :

وهى مايعتقده الفرد عن نفسه ، خاصة عندما يخلو لذاته وينقب فى دخائله.

(ب) الصورة الاجتماعية :

وهى تحدد إدراك المجتمع والناس لهذه الشخصية ، وكيف ينظرون إليه ويقيمون صفاته ، ويحتمل أن تكون مختلفة تماماً عن الصورة الذاتية .

(جـ) الصورة المثالية :

وهى مايصبو إليه الفرد لتحقيقه ، من تطلعات وآمال ، وهى الصورة التى يكافح من أجل الوصول إليها .

والتوافق بين هذه الصور الثلاث هو أحد أبعاد الصحة النفسية .

ويعتمد نجاح الفرد فى الحياة على تفاعل عاملى الذكاء وسمات الشخصية ، ولكن أضيف أخيراً عامل مهم ، هو المعدل الانفعالى أو الذكاء العاطفى (الكاريزما) Emotional Quotient (E.Q.) ؛ بمعنى مدى التواصل والدفء فى التعامل مع الآخرين ؛ فالذكاء وحده قد يرقى بالفرد لأخذ الشهادات والحصول على الدرجات ، ولكن النجاح فى الحياة يعتمد على المعدل الانفعالى والتواصل الاجتماعى الدافئ ، بل إن جزءاً كبيراً من الجاذبية الجماهيرية تعتمد على هذا المعدل أكثر من الذكاء أو الشخصية .

ويقال أيضاً أن من أحد أسباب الطلاق هو انعدام المعدل الانفعالى فى أحد الطرفين ، ويذكر مثلاً أن كنيدى وريجان – رئيسى أمريكا السابقين – على الرغم من متوسط ذكائهما، إلا أن قوة المعدل الانفعالى جعلهما من ذوى الجاذبية والكاريزما القوية ، أما كارتر والذى يتميز بذكاء مفرط ومعدل انفعالى منخفض .. كان قليل الحظ فى الجاذبية الجماهيرية ، وحتى فى مصر يتضح ذلك فى مقارنة رؤسائنا السابقين بعضهم ببعض ، سواء جمال عبدالناصر أو أنور السادات أو حسنى مبارك .

بناء الشخصية

تمر الشخصية بعدة مراحل حتى نضوجها ، وتصنف هذه المراحل حسب المدرسة النفسية التى يتبعها المصنف ، ولاشك أن اهتمام فرويد بتشريح وتقسيم مراحل نضوج الشخصية ، أثر تأثيراً واضحاً فى مفهوم الطب النفسى لمكونات شخصية الفرد .

وقد قسم فرويد الشخصية إلى :

(١) الهو :

وهو ذلك الجزء الذى يعنى بالاندفاعات البيولوجية البدائية أى الغرائز ، وهو الجزء الموروث من الشخصية ، ويتبع الهو مذهب اللذة والإشباع الحالى ، فلايستطيع إرجاء اللذة أو تحويرها ، بل يجب عليه إرضاؤها فوراً ، وأهم الدوافع الموجودة فى الهو ، هى : الهواء ، الطعام ، الشراب ، الجنس ... إلخ ، أى النفس الأمارة بالسوء .

(٢) الأنا :

وهو ذلك الجزء الذى يتبع مذهب الواقع ، ويحاول تكييف الفرد والشخصية حسب الظروف الخارجية ، والبيئة العامة . وتحوى الأنا الجزء المهم من الشخصية، الذى يقيم الحكم والتقدير ، والمعادلة ، وحل المشاكل ، والدفاع الذاتى .

ويعتبر الفرد ذو الأنا القوية ، قادراً على المرونة فى معالجة المشاكل والتكيف والتوافق الاجتماعى ؛ مما يجعله أقل عرضة لأعراض العصاب والذهان. أما إذا كان الأنا فى حالة ضعيفة ، وتحت سيادة الهو .. فهنا يتدهور الفرد تحت أى شدة ، ولايستطيع احتمال الكبت ، ويتعرض لأعراض عقلية واضطرابات فى الشخصية ، وهو الجزء الساعى إلى النفس المطمئنة .

(٣) الأنا الأعلى :

وهو ذلك الجزء فى الشخصية ، الذى يعبر عن الضمير ويؤيد القيم الأخلاقية والاجتماعية ، وتكتسب صفات الأنا الأعلى من تقمص قيم الوالدين ، أو من يقوم محلهما . وينقد هذا الجزء من الشخصية الأنا ، ويسبب ألماً للفرد مع وخز الضمير ، والشعور بالذنب ؛ خاصة إذا أصبح الأنا فريسة وأسيراً للهو .

وإذا قوى الأنا الأعلى يصاب الفرد بالصلابة ، والعناد ، والقلق ، والإحباط مما يسبب له تعاسة كبيرة ، وهو الجزء المرادف للنفس اللوامة .

ونستطيع أن نستنتج مما سبق ، أن حصيلة الشخصية المتوافقة هى التوازن والتآزر بين الهو ، والأنا ، والأنا الأعلى وإرضاء طلباتهم دون تحيز ، أما الشخصية العصابية ؛ فهى نتيجة عدم التوازن واضطراب التآزر بين مكونات الشخصية .

وإذا أردنا تفسير هذا التقسيم التحليلى بطريقة فسيولوجية ؛ فالـ «هو» يعبر عن مراكز المخ البدائية فيما تحت اللحاء مع الأفعال المنعكسة ، والأنا الأعلى هى الأفعال المنعكسة الشرطية المكتسبة من البيئة والتقاليد والدين فى قشرة المخ ، والأنا هى حصيلة الأفعال المنعكسة الشرطية من توازن الأفعال المنعكسة ، السابق ذكرها ، والتى كونها الفرد نتيجة تفاعل الوراثة والبيئة وأظهرت شخصيته .

ونقسم مراحل نضوج الشخصية إلى :

(١) مرحلة الرضاعة .

(٢) مرحلة الطفولة .

(٣) المرحلة الاجتماعية .

(٤) مرحلة المراهقة .

(٥) مرحلة النضوج .

(١) مرحلة الرضاعة :

وتشمل الفترة من الولادة حتى سن الثالثة ، وهى فترة اعتماد كلى على الأم والبيئة . وتتأثر الشخصية فى هذه الفترة بالعلاقة الدافئة المنتظمة بين الأم وطفلها ، والاستقرار والأمن الأسرى ، بل ويعتقد بعض العلماء أن الاضطراب الانفعالى فى هذه الفترة من جراء غياب الأم ، أو عدم عطفها ، يؤدى إلى ندبة دائمة فى شخصية الفرد .

ويتبع الطفل فى هذه المرحلة مذهب الإرضاء والإشباع الذاتى ، ويعتمد أولاً على ثدى أمه ، ومن هنا تصبح كل لذته نابعة من الفم ؛ مما دعا فرويد إلى أن يعبر عن المرحلة التى تبدأ من الولادة إلى سن سنة ونصف بالمرحلة الفمية ، وأن الشخص الذى يعتمد فى ملذاته العاطفية أو الجنسية والغذائية على الفم بعد هذا السن ، يصبح اعتمادياً لايطيق الاستقلال الذاتى ، ويسمى بالشخصية الفمية ، وخاصة فى هؤلاء الذين تطلقهم أمهاتهم فى الرضاعة حتى سن متأخرة ، ويصبحون غير قادرين على العبور للمرحلة التى تليها .

ويلى المرحلة الفمية مايسمى بالمرحلة الشرجية وهى ما بين ٢/١ ١ – ٣سنوات، وهنا يعتمد الطفل فى لذته على عدم التحكم فى التبول والتبرز ، ويبدأ الصراع بين الوالدين والطفل لتنظيم هذه العمليات ، فإذا حاول الوالدان تنظيمها مبكراً قبل نضوج الجهاز العصبى ، أصيب الفرد بما يسمى بالشخصية الشرجية أو الوسواسة أو القهرية ، وتتميز بالصلابة والعناد ، وحب النظام والنظافة بطريقة عصابية ، مع عدم المرونة فى التكيف مع ظروف البيئة ، وهو الصراع الأول بين الأنا والواقع والهو واللذة الفورية .

(٢) مرحلة الطفولة

وتبدأ بالقدرة على الكلام ، واكتساب عادات من يحيطون به ، وتمتد من سن الثالثة حتى السادسة ، فإذا كان الوالدان سويين ، اكتسب الطفل عادات وتقاليد ناضجة متزنة ، أما إذا كانا مضطربين .. فهنا سيتقمص الطفل هذا الاضطراب ، ويصبح واضحاً فى شخصيته ، أو مع أعراض عصابية أو ذهانية .

وتتحول اللذة فى هذه المرحلة فى الفم ، والشرج إلى الأعضاء الجنسية . وقد سمى فرويد هذه المرحلة بالقضيبية ، فيبدأ الطفل فى حب الاستطلاع ، والأسئلة المستمرة عن الفرق بين الرجل والمرأة ، وحجم أعضاء التناسل ، بل اكتشافها فيمن

حوله ، مع لمس هذه الأعضاء ، مما يثير الذعر بين الوالدين ، ويبدآن فى عقاب الطفل وتهديده ببتر العضو إذا لمسه مرة ثانية ، ويخلق ذلك عقدة جنسية فى الطفل ، تستمر حتى النضوج فى هيئة الخوف على قوته الجنسية ، وتبدأ الفتاة بالإحساس بالنقص ، بأنها لاتملك جميع أعضاء التناسل الظاهرة فى الرجل ، مما يسبب لها غيرة واضحة من الجنس الآخر ، وتحاول أن تتغلب على ذلك بالكفاح فى سبيل أخذ مكانها المرموق .

كذلك يبدأ فى هذه الفترة ، ما يسمى بمرحلة أوديب ، وهى تعلق الصبى بوالدته وكرهه وغيرته من والده ، أما حب الفتاة لأبيها وغيرتها من أمها فتسمى بعقدة إلكترا ، وهى مرحلة عادية فى هذه الفترة ، ويجب على الوالدين ألا يظهر أحدهما بمبالغة تعلقه بالآخر أمام الأطفال ، فيجب أن يشارك الأطفال فى هذا الوجدان .

(٣) المرحلة الاجتماعية

وتمتد من سن السادسة حتى البلوغ أى حوالى الثانية عشرة ، وهنا يتضح تأثير المدرسة ، والزملاء والأقرباء والأصدقاء ، وأبطال التاريخ والتليفزيون . ويكتسب الفرد فى هذه المرحلة التقاليد الاجتماعية ، ويتقمص أخلاق ذويه ، ويقلد مثلهم الأعلى ، ولذا يجب أن يرتبط الطفل فى هذه الفترة بأحد أقربائه السويين من نفس الجنس ، حتى يكتسب منه العادات الحميدة ، وألايترك لنشأة المربيات والشغالين بالمنزل .

ويسمى فرويد هذه المرحلة بفترة الكمون ؛ نظراً لأن النشاط الجنسى غير موجه لمنطقة معينة كما فى المراحل السابقة .

(٤) مرحلة المراهقة

تبدأ بالبلوغ فى الثانية عشرة وتمتد للسادسة عشر أو الثامنة عشر ، ويبدأ المراهق فى الاهتمام بنفس الجنس ، ، ويختار ، كل أصدقائه من نفس جنسه ويحتقر الجنس الآخر ، فنجد الصبية يكونون جماعات مع بعضهم ، ويتعلقون بشدة بعضهم بالبعض الآخر . وأحياناً ماتحدث بعض المحاولات الاستطلاعية الجنسية، وتجد الفتاة تميل إلى صاحبتها أو مدرستها وترسل لها الزهور والشعر ، وتكتب لها الخطابات وتغير عليها ، ولذا سمى فرويد هذه المرحلة بفترة الاستجناس أو الجنسية المثلية .

ويهتم المراهق هنا برأى الناس فيه ، ويحاول جاهداً الاستقلال والإحساس بذاته، والبحث عن شخصية سائدة ، ويبدأ الصراع بين اعتماده وحاجاته للوالدين

ورغبته فى الاستقلال عنهما ؛ مما يجعله عنيداً صلباً وأحياناً عدوانياً ، مجادلاً لايريد الاقتناع برأى الغير ، ويسفه آراء الكبار ، ويعتبرهم متخلفين اجتماعياً . ومن خلال هذه الصراعات وموقف الوالدين السوى ، تنضج شخصية المراهق ليتحمل المسئولية كاملة بعد ذلك .

(٥) مرحلة النضوج

لايعتمد نضوج الشخصية على سن معينة ، بل يعتمد على توافر العوامل البيئية والوراثية لتعزيز عملية النضوج ، ونعتبر الشخص الناضج هو من يتحمل علاقة وثيقة مستمرة مع الجنس الآخر ، مع مسئولية العائلة ، وكفالة الحياة السهلة لهم ، والذى يحاول التضحية فى سبيل الآخرين ، وليس فى سبيل إبداء السيطرة والسيادة .

ويمر الشخص الناضج بالمراحل السابقة بطريقة سوية ، دون أن يكون قد ثبت فى إحدى هذه المراحل نظراً لإشباعه وإرضائه السوى ، فى خلال إحدى هذه الفترات، أو لكبته وعدم إرضائه أثناءها . هنا .. فقط يستطيع الانطلاق للحياة بشخصية متزنة متوافقة مع المجتمع ، ونتجه فى العلاج النفسى إلى تحليل هذه المراحل ومعرفة السبب الرئيسى فى اضطراب الشخصية الحالية ؛ حتى يستطيع المريض – بمساعدة المعالج – الوصول إلى درجة سوية من التوافق الاجتماعى .

ويختلف باحثو المدرسة التفاعلية فى أن نمو الشخصية لايأخذ اتجاهاً رأسياً من الطفولة إلى المراهقة إلى النضوج ، بل إن الشخصية تنمو بطريقة أفقية يتفاعل أثناءها الطفل ، والمراهق والناضج ، وأن كل شخصية ماهى إلا مزيج من الثلاث . وإن تغلب أحد هذه المكونات .. يبدأ الفرد فى صراع ذاتى ، واحتكاك مع المجتمع، وأن الصحة النفسية هى التفاعل السليم والتآزر الخلاق ، والتوازن الموجه بين الطفل والمراهق والناضج .

أولاً : اضطرابات الشخصية والسلوك فى البالغين :

Disorders of Adult Personality and Behaviour

يتضمن هذا الجزء خليطاً من الحالات وأنماط السلوك ذات المغزى الإكلينيكى ، التى تميل إلى الاستمرارية ، وتكون تعبيراً عن نمط الحياة المميزة للفرد وأسلوب تعامله مع نفسه والآخرين .

تظهر بعض هذه الحالات وأنماط السلوك مبكراً فى مسار الارتقاء الفردى ، كنتيجة لكل من العوامل التكوينية والخبرة الاجتماعية ، فى حين أن البعض الآخر يكتسبه فى مرحلة متأخرة من العمر .

إن اضطرابات الشخصية المحددة واضطرابات الشخصية المختلطة الأخرى وتغيرات الشخصية طويلة المدى هى أنماط سلوكية عميقة الجذور ومستمرة ، تظهر فى شكل استجابات غير مرنة لنطاق عريض من المواقف الخاصة والاجتماعية ، وتعكس انحرافات شديدة أو ذات دلالة عن الأسلوب الذى ينتهجه الشخص العادى فى ثقافة بعينها عندما يفكر ويشعر ؛ خاصة حين يتعامل مع الآخرين ، وتميل هذه الأنماط من السلوك إلى أن تكون مستقرة ، وأن تتضمن أسواراً مختلفة ومتعددة من السلوك والأداء الاجتماعى للفرد .. كذلك نجدها فى كثير من الأحوال ، وإن كان ليس فى كلها مصحوباً بدرجات متفاوتة من الضيق الذاتى واختلال الأداء الاجتماعى .

تختلف اضطرابات الشخصية عن تغييرات الشخصية فى توقيت وطريقة ظهور كل منهما ، فاضطرابات الشخصية هى حالات ارتقائية ، تظهر فى الطفولة أو المراهقة ، وتستمر فى مرحلة الرشد ، وهى ليست ثانوية لاضطراب عقلى آخر أو مرض مخى ، وإن كان يمكنها أن تسبق أو تتزامن مع اضطرابات أخرى . وعلى العكس .. فإن تغير الشخصية يكتسب عادة أثناء حياة البالغ ، وبعد كروب شديدة أو طويلة أو حالات حرمان بيئى شديدة أو مديدة ، أو اضطرابات نفسية بالغة الخطورة أو مرض أو إصابة بالمخ .

ويمكن تصنيف كل من حالات هذه المجموعة ؛ تبعاً للشكل الغالب من مظاهرها السلوكية ، ومع ذلك .. فإن التصنيف فى هذه المنطقة لايستطيع فى الوقت الحالى أن يتجاوز وصف سلسلة من الأنواع وتصنيفها ، والتى لايستبعد أحدها الآخر ، بل وأحياناً مايتطابق فى بعض مميزاتها .

ولذلك .. فقد قسمت اضطرابات الشخصية تبعاً لمجموعات من السمات ، توازى أكثر المظاهر السلوكية لهذه الحالات شيوعاً وتوافقاً . وقد تم تحديد التقسيمات المذكورة تحت كل نوع عموماً كأشكال الانحرافات الشخصية .

وعند تشخيص اضطراب الشخصية ، يجب على الطبيب أن يراعى كل أوجه الأداء الوظيفى للشخص ، وذلك بالرغم من أن الصياغة التشخيصية ؛ لكى تكون بسيطة ومفيدة يجب أن تشير فقط إلى تلك الأبعاد أو السمات ، التى يرى أنها قد وصلت حداً من الشدة .

يجب أن يعتمد التقييم على أكبرعدد ممكن من مصادر المعلومات . وعلى الرغم من أنه يكون من الممكن أحياناً تقييم حالة الشخصية فى مقابلة واحدة مع

الشخص .. إلا أنه كثيراً مايستدعى الأمر أكثر من مقابلة معه ، بالإضافة إلى جمع معلومات عن تاريخه من معارفه .

كان كل من المزاج الدورى والاضطراب الفصامى الطابع فى السابق مصنفين مع اضطرابات الشخصية ، وقد صنفا حالياً فى موضع آخر ، فالمزاج الدورى مع اضطرابات المزاج ، والاضطراب الفصامى السابع مع الطيف الفصامى ، وذلك لما يشتركان فيه من أعراض وتاريخ عائلى وشكل المسار ، مع اضطرابات أخرى فى هذين الجزئين .

أما تقسيم تغير الشخصية .. فيستند إلى السبب ، أو الأحداث السابقة المؤدية إلى هذا التغير مثل المعاناة من كارثة ، أو وطأة طويلة أو إجهاد طويل أو مرض نفسى .

من المهم التفريق بين حالات اضطراب الشخصية ، والاضطرابات المتضمنة فى أجزاء أخرى من هذا الفصل .. فإذا جاءت إحدى تغير الشخصية قبل أو بعد اضطراب نفسى محدود زمنياً أو مزمن ، وجب تشخيص الاثنين .

يصاحب التقسيم الجوهرى للاضطرابات العقلية تقدير العوامل النفساجتماعية . وعلى الرغم من أهمية التباينات الثقافية أو المحلية بالنسبة لمظاهر حالات الشخصية .. إلا أن المعرفة محدودة فى هذا النطاق .

أما حالات اضطرابات الشخصية التى تبدو شائعة فى جزء ما فى العالم ، ولكنها لاتنطبق مع أى من الأنواع المعينة أدناه .. فيمكن أن تضاف تحت حالات شخصية أخرى ، كذلك .. فإن التباينات المحلية فى مظاهر إحدى حالات الشخصية ، يمكن أن توضع ضمن المؤشرات التشخيصية المحددة لهذه الحالات .

اضطرابات الشخصية محددة الوصف :

Specific Personality Disorders

هى اختلالات شديدة فى التكوين الوصفى والميول السلوكية للفرد ، تشمل عادة عدة مناطق فى الشخصية ، وتصاحبها دائماً إلى حد ما مشاكل شخصية واجتماعية جسيمة .

ويميل اضطراب الشخصية إلى الظهور فى فترة الطفولة المتأخرة أو المراهقة ، ويستمر واضحاً أثناء مرحلة الرشد ، ولذلك فليس وارداً أن يكون تشخيص اضطراب الشخصية مناسباً قبل سن السادسة عشرة أو السابعة عشرة ، والإرشادات التشخيصية

العامة المنطبقة على كل اضطرابات الشخصية سوف تذكر بعد ذلك ، مع توفير المواصفات الإضافية لكل واحد من أنواعها .

مؤشرات تشخيصية :

هى حالات لايمكن إرجاعها مباشرة إلى ضرر جسمي أو مرض بالمخ ، أو إلى أى اضطراب طبنفسى آخر ، وتستوفى المعايير التالية :

(١) سلوك واتجاهات غير متجانسة بشدة ، تشمل مجالات متعددة من الأداء، على سبيل المثال : الوجدان ، التنبه ، التحكم فى النزوات ، طرق الإدراك والتفكير وأسلوب الارتباط بالآخرين .

(٢) يكون نمط السلوك الشاذ ثابت وطويل المدى ، وليس مقتصراً على نوبات من المرض العقلى .

(٣) يكون نمط السلوك الشاذ واسع الانتشار ، ويفتقد إلى التكيف بشكل واضح ، مع نطاق عريض من المواقف الشخصية والاجتماعية .

(٤) المظاهر المذكورة أعلاه تظهر دائماً أثناء الطفولة أو المراهقة ، وتستمر أثناء مرحلة الرشد .

(٥) الاضطراب يؤدى إلى انزعاج شخصى جسيم ، ولكن قد يتضح ذلك فقط فى مرحلة متأخرة من مساره .

(٦) الاضطراب يكون مصحوباً عادة ولكن ليس دائماً ، بخلل واضح فى الأداء المهنى والاجتماعى .

يحتاج تشخيص أغلب الأنواع المذكورة أدناه فى العادة إلى دليل واضح على وجود ثلاث – على الأقل – من السمات أو السلوكيات المذكورة فى وصفه .

(١) اضطراب الشخصية البارانويدية (الزورانية) :

Paranoid Personality Disorder

هو اضطراب فى الشخصية ، يتميز بحساسية مفرطة نحو الهزائم والرفض وعدم مغفرة الإهانات والجروح ، وميل نحو حمل الضغائن بشكل مستمر ، والشك وميل لتشويه الخبرات ، من خلال سوء تفسير الأفعال المحايدة أو المحببة للآخرين على أنها عدوانية أو مليئة بالازدراء ، وإحساس قتالى ومتشبث بالحقوق الشخصية

غير متناسب مع الموقف الفعلي وقابلية للغيرة المرضية ، وميل إلى الإحساس بأهمية ذاتية مفرطة، وفى كثير من الأحوال إحساس مبالغ فيه بالإشارة إلى الذات .

والطابع المميز للشخصية البارانويدية هو الشك فى كل من حولها والشكوى الدائمة من أنها لم تأخذ حقوقها كاملة ، وأن الناس لايقدرونها حق قدرها ، وأن المجتمع لايعطيها المنصب اللائق بها ، وأن صاحبها لو كان قد سافر للخارج مثلاً، لاستطاع أن يصل للقيمة التى يستحقها .

ويعتقد صاحب هذه الشخصية على الدوام أن زملاءه وجيرانه يريدون إلحاق الأذى به ، ولايمكن إقناعه بسوء ظنه ، وإذا تكلم أحد هامساً فى الحجرة التى هو بها.. فإن هذا يعنى أنه يتكلم عنه ، وإذا وجد زوجته تتحدث فى الهاتف فإنه يأخذه منها عنوة، ليرى إذا كان المتحدث معها رجلاً أو امرأة ، بل إنه يترك عمله أحياناً ليفاجئ زوجته بالمنزل ، ويرى ماذا تفعل .

وهو دائم الشجار مع زوجته لأنها ابتسمت لفلان ، أو أن فلاناً كان ينظر إليها بطريقة يفهم منها أنها على علاقة به .

وهذا النوع من الشخصيات يصبح غير مرغوب فيه فى أى عمل ، ويحتاج إلى علاج خاص لتقويم هذه الشخصية المعوجة ، ويتعرض أحياناً للإصابة بالضلالات الاضطهادية أو الفصام الخيلائى .

(٢) اضطراب الشخصية الشبفصامية :

Schizoid Personality Disorder

هو اضطراب شخصية يتميز : بالانعزال عن المجالات التى تتضمن تواصلاً عاطفياً أو اجتماعياً ، أو أى أشكال أخرى من التواصل ، مع تفضيل الخيال والأنشطة الفردية والتحفظ الداخلى والانطواء على الذات . كذلك هناك انعدام للقدرة على التعبير عن المشاعر والشعور بالمتعة بحيث يظهر أمام الناس فى صورة البارد ، الذى لايبالى بشيء ، وهذه الشخصية لاتصلح لعمل يحتك فيه بالجماهير ، مثل : الخطابة ، التمثيل، أو العلاقات العامة حيث يعجز عن التعبير عن آرائه بالأسلوب الشيق المطلوب ، ونجدهم ناجحين كباحثين أو فلاسفة أو مشرعين أو فى مجال التخطيط .. إلخ .

(٣) اضطراب الشخصية الاجتماعية – المعادية للمجتمع – (اللااجتماعى أو السيكوباتية أو المستهينة بالمجتمع) :

Dissocial Personality Disorder

اضطراب فى الشخصية ، يتميز بعدم الاهتمام بالالتزامات الاجتماعية وافتقاد الشعور بالآخرين ، وعنف غير مبرر أو لامبالاة واستهتار .. كذلك هناك هوة جسيمة بين السلوك والقيم الاجتماعية المتعارف عليها ، ولايمكن تغيير السلوك عن طريق الخبرة أو العقاب ، وكذلك نجد أن هناك قدرة ضعيفة جداً على احتمال الإحباط ، وسهولة شديدة فى تفريغ العدوان بما فيه العنف ، مع استعداد شديد للوم الآخرين أو لتقديم مبررات مقبولة ظاهرياً للسلوك ؛ مما يضع الشخص فى صراع مع المجتمع .

وتنتشر هذه الشخصية بين نزلاء السجون والمعطلين والمجرمين ؛ نظراً لأنها تتميز بالاندفاع إلى العدوان ، وعدم التعلم من التجربة ، وعدم استطاعة صاحبها مقاومة أى إغراء ، وثورته على تقاليد المجتمع .. بل وعلى كل شىء، وقد تنجح هذه الشخصية أحياناً فى أدوار قيادية ؛ نظراً لأنانيتها المفرطة وطموحها، المحطم لكل القيم والعقبات والتقاليد والصداقات ، فى سبيل الوصول إلى مايريد .

وهو فى سبيل ذلك لايحترم أى عاطفة ، وقد يصبح متبلد الشعور لايبالى بآلام الآخرين ، وأحياناً ماتكون هذه الشخصية من الذكاء والقدرة والوسامة بحيث توقع الكثير من النساء فى حبائلها ، وبعد أن يتزوج السيكوباتى ويأخذ كل أموال زوجته يهجرها بأولادها ويتزوج بأخرى ... وهكذا ، ولامانع بعد ذلك من العودة إلى الزوجة الأولى وتقبيل أقدامها وسؤالها المغفرة ، وأنه لن يعود ثانية إلى مافعل، ولكنه سرعان مايعود لطبيعته دون نزاع .

نجد فى تاريخ صاحب هذه الشخصية السيكوباتية دائماً منذ الطفولة بعض الأعراض ، التى تشير إلى هذه الشخصية ، مثل : الكذب والسرقة والاغتصاب والانحراف الجنسى والإدمان . وكما قلت سابقاً ، ينتهى معظمهم إلى السجون ، وخطورة صاحب هذه الشخصية أنه يبدو عليه الصدق والأمانة والحرارة والحماس حين يتكلم ، فيخدع أى فرد أمامه ، ويسهل عليه أن يتصيد فريسته على الدوام .

ولقد عرف الناس هذه الشخصية منذ زمن بعيد ... هذه الشخصية الشاذة التى لانستطيع اعتبارها مرضاً ذهانياً ، أو قصوراً عقلياً ، والتى مازال تعريفها عسيراً إلى حد كبير ، ونصفها دائماً بالأعراض السابق ذكرها ، والتى تتلخص فى سلوك عدوانى

اندفاعى ضد اجتماعى ، دون تحمل مسئولية ، ويبدأ من الطفولة ويستمر أحياناً حتى بعد النضوج .

وقد اختلف الباحثون حول أسباب نشأة هذه الشخصية من عوامل وراثية إلى أسباب فسيولوجية فى الجهاز العصبى ؛ خاصة أنها تلى بعض الأمراض كالحمى المخية والصرع ، إلى خليط بين الاثنين . وقد لوحظ أخيراً أن نسبة عالية من نزلاء السجون من السيكوباتيين الذين يتميزون بطول القامة ، والوهن ووجود بعض الصبغيات الشاذة فى هيئة xyy .

ويوجد نوعان من الشخصية السيكوباتية :

(أ) **السيكوباتى المتقلب العاجز** :

وهو كثير الشبه بالشخصية العاجزة ، فنجده دائماً فى عمل متغير ، لايستطيع المثابرة على عمل واحد أكثر من شهور ، ويتخلل ذلك مشاجرات ومشاحنات وثورة ضد نظام العمل ، وعدم الاهتمام بنتائج ذلك السلوك ، وينعكس ذلك أيضاً فى ارتباطاته العائلية ، فتتعدد زيجاته وأطفاله من كل زوجة ، دون تحمل أى مسئولية لرعايتهم ، ولايستطيع الإخلاص لأحد . وعلى الرغم من الحماس والعاطفة الظاهرة ، إلا أنهما سرعان ماتخمدا وتتبخرا ، مع ، مغامرات جنسية مستمرة دون استبصار بالمضاعفات .

وينحرف أصحاب هذه الشخصية إلى الإدمان أو الشذوذ الجنسى ، أو الجرائم البسيطة ، أو يصبحون من متوهمى العلل البدنية والمترددين على العيادات الطبية .

(ب) **السيكوباتى العدوانى المتقلب الانفعال** :

وهى أقل شيوعاً من النوع السابق ، ولكنه يضاد المجتمع بطريقة أكثر ضرراً ويندفع هؤلاء للجريمة والقتل والاعتداء على الغير لأتفه الأسباب ، أما المتبلد انفعالياً فيتناسى ولاءه وصداقاته فى سبيل مصلحته الشخصية ، ويهجر زملاءه لمنافعه الذاتية ، ولايكترث لمصائب الناس مادام هو بعيداً عنها وينجح هؤلاء فى الوصول إلى بعض المناصب الكبيرة ؛ نظراً لانتهازيتهم وعدم تمسكهم بأى مبادئ أخلاقية أو اجتماعية ، وأحياناً مايسيطر على هؤلاء حب السلطة مع بعض السادية ، كما حدث مع هتلر .

وعلاج الشخصية السيكوباتية من أصعب مشكلات الطب النفسى ، وكلما كان المريض صغير السن كان الأمل فى التحسن كبيراً ، ومن العوامل التى تساعد على التحسن هو وجود انفعال قوى غير متبلد ، وأن تكون النوبات الاندفاعية متفاوتة ،

وليست مستمرة ، وأن تتوافر الرغبة فى المساعدة والعلاج ، ويفشل العلاج فى المجرمين والقتلة وراغبى العدوان المستمر .

(٤) اضطراب الشخصية غير المتزنة انفعالياً :

Emotionally Unstable Personality Disorder

هو اضطراب شخصية يتضمن ميلاً شديداً نحو التصرف ، تبعاً للاندفاعات، دون مراعاة العواقب ، بالإضافة إلى مزاج غير مستقر ونزوى ، وكذلك .. فإن القدرة على التخطيط للمستقبل ضئيلة ، كما أن انفجارات الغضب الشديد تؤدى كثيراً إلى العنف أو إلى انفجارات سلوكية . ويسهل ترسيب هذه الانفجارات إذا ماتعرضت أفعال المريض الاندفاعية إلى نقد أو اعتراض من الآخرين ، وقد تم تعيين شكلين متباينين لهذا الاضطراب فى الشخصية ، يشترك كلاهما فى سمة عامة من الاندفاع وعدم القدرة على التحكم فى النفس .

(أ) النوع النزقى : Impulsive Type

(ب) النوع الحدى (البين بينية) Borderline Type

يتضمن :

اضطراب فى الشخصية ، عدوانية ، حدية ، انفجارية ، اضطراب فى الشخصية الاجتماعية .

وتتميز بالآتى :

(١) الاندفاع وعدم التنبؤ بسلوك الشخص ، خاصة فى إمكانية تحطيم الذات غير المباشر ، مثل : التبذير ، الجنس ، الميسر ، إدمان المواد ، السرقة ، الإيذاء الجسدى .

(٢) علاقات قوية عبر شخصية غير متوازنة ، مثل : التأرجح المستمر فى الاتجاهات، وتأليه أو تحقير النفس أو الآخرين ، والتلاعب فى استعمال الآخرين للمآرب الخاصة .

(٣) الغضب غير المناسب أو عدم التحكم فى الغضب .

(٤) اضطراب الهوية بعدم التأكد من عدة ظواهر فى الذات ، مثل : الصورة الذاتية النوعية الجنسية ، الأهداف المستقبلية واختيار المستقبل ، أنماط الصداقة ، القيم ، الولاء .

(٥) عدم التوازن الوجدانى وتذبذب العاطفة من الاكتئاب إلى القلق إلى الغضب إلى العصبية الزائدة لعدة ساعات ، يعود بعدها الشخص إلى وجدانه الطبيعى .

(٦) عدم تحمل الوحدة .

(٧) التحطيم الذاتى من محاولات الانتحار ، أو كثرة الحوادث أو تشويه الجسد ... إلخ .

(٨) التعرض لبعض الأمراض النفسية مثل الاضطرابات الوجدانية ، ذهان عابر، الإدمان، وإضطرابات الطعام .

(٥) اضطراب الشخصية الهستيرية (الهستيرى – الهرعانى) :

Hysterionic Personality Disorder

اضطراب فى الشخصية يتميز بمبالغة فى الذات وأداء مسرحى ، وتعبير مبالغ فيه عن المشاعر وقابلية للإيحاء ، والتأثر السهل بالآخرين ، ووجدانية مسطحة وهشة وذاتية ، وانغماس فى الذات ، وعدم وضع اعتبار للآخرين ، واشتياق دائم للتقدير وأحاسيس بسهولة الإيلام والنهم للإثارة ، والنشاطات التى يكون هو أو هى فيها مركزاً للانتباه ، سلوك ابتزازى دائم للوصول إلى الأغراض الذاتية .

نجد تحليلاً مفصلاً مع الهستيريا (الاضطرابات التحويلية والانشقاقية) ، وهى منتشرة بين سكان العالم . ومن الصعب تحديد شيوعها فى مصر ، إلا من خلال المتابعة فى العيادات ، ويقدر أن نسبة وجودها تصل إلى حوالى ١٠٪ من الأفراد ، وهذه الشخصية أكثر شيوعاً بين النساء عنها بين الرجال ، ويحتمل ارتفاع هذه النسبة بينهن إلى حوالى ٣٠٪ فى مصر والبلاد العربية .

ويثير لفظ هستيريا الخوف والفزع بين الناس ، والسر فى ذلك اعتقاد البعض أنها نوع من الجنون ، وهذا خطأ فاحش .

فالشخصية الهستيرية ليست مرضاً ، ولكنها تقلب فى العاطفة ، وتغير سريع فى الوجدان لأتفه الأسباب ، مع سطحية الانفعال فى كل الأحوال .

فهناك مثلاً الفتاة التى تثور من أجل حبها ، بل تهجر عائلتها وبيتها لتتزوج من حبيبها ، ولكن بعد فترة قصيرة تبدأ عاطفتها فى التدهور ، وتبحث عن عاطفة أخرى بديلة .

وهكذا تتميز الشخصية الهستيرية بالتذبذب السريع ، والعجز عن إقامة علاقة ثابتة لمدة طويلة ؛ نظراً لعدم القدرة على المثابرة ونفاذ الصبر سريعاً .

كذلك نجد أن الشخصية الهستيرية سريعة التأثر بالأحداث اليومية ، والأخبار المثيرة وبما قيل ومايقال ، بل إن أصحاب هذه الشخصية يضعون فى اعتبارهم كل

هذه العوامل عند تقديرهم للمواقف ، وهكذا تتأثر قراراتهم بالناحية المزاجية الانفعالية، أكثر من تأثرها بالناحية الموضوعية .

فمثلاً .. إذا استمعت سيدة لحديث من صديقة لها عن إحدى الجارات ، وكان الكلام غير مرضٍ ، لاتتردد صاحبة الشخصية الهستيرية فى اتخاذ القرار بقطع العلاقات بينها وبين هذه الجارة ، بل وإفشاء كل أسرارها ، وسبها ، دون التأكد من صحة ما قيل لها ، أو محاولة مناقشة الطرف الآخر فى الموضوع .

ومن صفات الشخصية الهستيرية أنها محبة للأنانية ، مع رغبة فى الظهور واستجلاب الاهتمام والمحاولة الدائمة لاسترعاء الانتباه ، وحب الاستعراض والمبالغة فى الكلام والملبس والتبهرج ، مع العمل على لفت الأنظار ، عن طريق القيام بالمواقف المسرحية ، مع تأويل كثير من الظواهر العادية بطريقة جنسية ، فإذا امتدح شاب فتاة مثلاً ، فذلك يعنى عندها أنه يرغبها جنسياً ، والشاب صاحب الشخصية الهستيرية يفسر ابتسامة فتاة ما له على أنها تحاول إيقاعه فى حبائلها .

وعلى الرغم من أن معظم الرجال ينجذبون للشخصية الهستيرية ؛ نظراً لحيويتها وانفعالاتها القوية ، وجاذبيتها الجنسية أحياناً ، إلا أن الكثيرات من هذا النوع من النساء يعانين من البرود الجنسى .

وهكذا .. قد نصاب بالدهشة ، عندما نعلم أن ملكات الإغراء أو الجنس فى العالم يعانين من هذا البرود .

ومن ملامح صاحب الشخصية الهستيرية قدرته على الهروب من مواقف معينة بالتحلل من شخصيته الأصلية ، وتقمص شخصيات أخرى تتلاءم مع الظروف الجديدة .. تماماً كما تعيش الممثلة فى شخصية البطلة على المسرح لمدة ساعات يومياً، وبإجادة تامة .

وهكذا يمكن أن نحدد ملامح الشخصية الهستيرية فى تعدد علاقاتها العاطفية ، بل تعدد زيجاتها فى بعض الأحيان ، وهكذا تصبح الدنيا بالنسبة للشخص الهستيرى ، جنة تستحق الحياة ، أو ناراً لاخلاص منها إلا بالانتحار .

والمهن التى تتناسب مع الشخصية الهستيرية يجب أن تكون بعيدة عن التخطيط وعن الأعمال القيادية .

إن خير مهنة لمثل هذه الشخصيات هى المهن التى لها علاقة مباشرة مع الجماهير ، مثل : مهن التمثيل ، والمسرح ، والصحافة ، والعلاقات العامة .

(٦) اضطراب الشخصية القهرية (الوسواسة – القهرية) :

Anankastic (Obsessive Compulsive) Personality Disorder

اضطراب فى الشخصية يتميز بعدم استقرار على رأى والشك والحذر الشديد ؛ مما يعكس عدم أمان شخصى عميق والكمالية ، والحاجة إلى التأكد المتكرر من الأشياء ، وانشغالاً مفرطاً بالتفاصيل والذى لايتناسب وأهمية المهمة ولدرجة تفقد معها الرؤية للموقف الأوسع ، ودقة مفرطة ، وضميراً حيًّا ، وانشغالاً غير ضرورى بالإنتاجية الشخصية لدرجة استبعاد المتعة والعلاقات الشخصية ، وحذلقة ، والتزاماً بالتقاليد مع قدرة محدودة على التعبير عن مشاعر دافئة ، وتصلباً وعناداً مع الإصرار على أن يخضع الآخرون لنظامه أونظامها ، وأفكاراً أو اندفاعات ملحة وغير مريحة تفرض نفسها ، ولكن دون أن تصل فى شدتها إلى درجة اضطراب الوسواس القهرى بالحاجة إلى التخطيط لكل النشاطات ، التى لازالت بعيدة بالتفاصيل الدقيقة .

وتتميز هذه الشخصية بالنظام الشديد ، والدقة المتناهية فى الأمور ، والمطالبة بالمثل العليا ، واحترام التقاليد .. وكذلك لايستطيعون أصحاب هذه الشخصيات أن يغيروا آراءهم ، متى وصلوا إلى قرار ؛ أى إنهم يميلون للصلابة فى الرأى وعدم المرونة فى معاملة الناس ، ويميلون للروتين ، وإن اختلف أحد معهم فى شىء من ذلك اتهموه بالإهمال وانعدام الضمير ، وهم يحاسبون أنفسهم على أتفه الأشياء ، ولايكادون يخلدون إلى الراحة حتى يبدأوا فى لوم أنفسهم ، ويستعرض الواحد منهم أعمال اليوم كشريط سينمائى ويستعيدها مراراً ليرى إن كان قد أخطأ أو أساء لأحد .

وتميل هذه الشخصية للتكرار والتأكد من كل عمل ، فيقرأ صاحبها الخطاب عدة مرات قبل إرساله ، ويتأكد من الأنوار والأبواب قبل النوم مرتين أو ثلاث مرات، ولايشعر بالراحة إلا إذا قام بالروتين نفسه كل صباح ؛ أى شرب الشاى ثم قراءة الجرائد ثم الحمام ثم الإفطار ثم ارتداء الثياب ، وإن اختلف فى شىء ثار على زوجته وأولاده ؛ لأنهم لم يحترموا نظامه ، وهو فى عمله يسير على الوتيرة نفسها، ولايحيد إطلاقاً عن النظام الموضوع .

ويلاحظ أن صاحب الشخصية الوسواسة له اهتمامه بنظافة الملبس والمسكن، ونجد أن ربطة عنقه مضبوطة على قميص نظيف ، متأنقًا على الدوام ، وإن كانت صاحبة هذه الشخصية سيدة فأنت تراها فى منزلها دائمة الشجار مع الشغالات حول النظافة ، وما أكثر مايتركها الشغالات لأنهم لايستطيعون تنفيذ طلباتها الملحة الزائدة، وتكون مثل هذه السيدة الوسواسة كثيرة الاحتكاك مع زوجها الذى لايحترم النظافة ، وينفض رماد السجائر على الأرض ، أو يضع قميصه على السرير بدلاً من الشماعة .

ويميل أصحاب هذه الشخصية إلى الاهتمام بأجسادهم ، وإذا عانوا أى ألم داوموا التردد على الأطباء لكل صغيرة وكبيرة ، وهم يهتمون بشرب عصير الطماطم والبرتقال بكثرة ، ويحرصون على ابتلاع أكبر قدر من المقويات والفيتامينات ، دون أن يفكروا فى سؤال الطبيب عن مدى الفائدة ، التى يمكن أن تعود عليهم من ذلك ، كما أنهم يميلون إلى القراءة فى المسائل الطبية .

وينجح أصحاب هذه الشخصية فى الأعمال التنفيذية والإدارية ، فهم مديرون أو إداريون ماليون ممتازون ، وينجحون فى القيام بالمشروعات الكبيرة ، وفى أعمال المكتبات والأرشيف والسكرتارية ... ولكن إذا زادت سمة الوسوسة عن حد معين .. فإن الإنسان يصبح معرضاً للقلق الشديد .

(٧) اضطراب الشخصية الاجتنابية المتفادية للغير أو للآخرين (القلقة) :

Anxious (Avoidant) Personality Disorder

اضطراب فى الشخصية يتميز بأحاسيس مستمرة وواسعة المدى بالتوتر والتوجس، واعتياد الوعى الشديد بالذات ، وأحاسيس بعدم الأمان والدونية ، والسعى الدائم لحب وقبول الآخرين ، وحساسية مفرطة نحو الرفض والنقد ، ورفض الدخول فى أى علاقات ، إلا بعد الحصول على ضمانات شديدة بالقبول غير المشروط بنقد ، وارتباطات شخصية محدودة جداً ، واستعداد دائم للمبالغة فى الأخطار أو المخاطر المحتملة فى المواقف اليومية ، إلى حد تجنب بعض النشاطات المعنية ، ولكن ليس إلى حد التجنب الموجود فى الرهاب ، وأسلوب حياة محدود بسبب الحاجة الدائمة إلى التأكد من الأشياء والشعور بالأمان .

(٨) اضطراب الشخصية الاعتمادية :

Dependent Personality Disorder

اضطراب شخصية ، يتميز باعتماد شامل على الآخرين أو السماح لهم بتولى مسئولية جوانب مهمة فى حياة الشخص ، وتسخير الاحتياجات الذاتية لاحتياجات الآخرين الذين يعتمد عليهم الشخص ، ورضوخ غير مبرر لرغباتهم وعدم الاستعداد لمطالبة هؤلاء الآخرين (الذين يعتمد عليهم الشخص) بأى مطالب ، حتى ولو كانت منطقية ، ويستقبل الشخص نفسه على أنه لاحول له ولاقوة ، وغير كفء ومفتقد للقوة ، كما أن هناك انشغالاً بالخوف من هجر الناس له ، واحتياجاً دائماً ؛ للتأكد من أن ذلك لن يحدث ، والإحساس الشديد بعدم راحة ، عندما يكون وحيداً ، والإحساس

بالكارثة والضياع عند انتهاء علاقة حميمة ، والميل إلى التعامل مع المحن بإلقاء المسئولية على الآخرين .

فى هذا النوع نجد تعبيراً صارخاً عن الافتقار إلى الثقة بالنفس والاعتماد عليها، وتطغى على الشخص مشاعر العجز الشامل وعدم القدرة على اتخاذ القرارات ، وهو عادة غير مسئول وطفولى التصرفات ، ويميل إلى التعلق بالآخرين كما يفعل الطفل المعتمد على والديه .

وهذا الشخص يحتاج دائماً إلى الموافقة على سلوكه ، وإلى الطمأنة والتشجيع .

وقد تتضمن الصورة الإكلينيكية مظاهر القلق، وقد يبدأ الزوج السلبى مثلاً فى الاعتماد والاتكال على زوجته فى كل القرارات المهمة ، وقد يخفى مثل هؤلاء الأشخاص عدوانهم الصريح ، وينسحبون من أى موقف يمكن أن يثير العداء ، وهم سلبيون هيابون خائفون فى العادة ، على أن العداء المتخفى وراء قشرة صلبة من التهيب والسلبية هو بالضرورة لاشعورى تماماً ، ولو بدت العدوانية بشكل واضح .. فإن التسمية يمكن أن تصبح (الشخصية السلبية العدوانية) .

(٩) اضطرابات شخصية أخرى محددة

Other Specific Personality Disorder

يتضمن : اضطراب الشخصية الشاذة ، الجامحة ، غير الناضجة ، النرجسية (المفتونة بذاتها) ، السلبية، العدوانية ، النفس عصابية .

(١٠) اضطرابات شخصية غير محدد

Personality Disorder, Unspecified

ماهو غير ذلك .

تغيرات دائمة في الشخصية
التي لاترجع إلى أذى جسيم أو مرض بالمخ

Enduring Personality Changes
not Attributable to Gross Brain Damage or Disease.

هى اضطرابات فى الشخصية الراشدة والسلوك ، تتكون فى أشخاص بلا اضطراب شخصية سابق ، تأتى بعد وطأة فاجعة طويلة زمنياً ، أو بعد مرض طبنفسى شديد ، ويجب استخدام هذه التشخيصات فقط ، إذا توافر دليل على وجود تغيير مؤكد ومستمر فى أسلوب الشخص أو تعامله أو تفكيره بشأن البيئة المحيطة به أو بشأن نفسه .

يجب أن يكون تغير الشخصية دالاً ومصحوباً بسلوك ، يفتقد إلى المرونة والتكيف ، لم يكن موجوداً قبل الخبرة المرضية ، ولايجب أن يكون التغيير أحد مظاهر اضطراب عقلى آخر ، ولا أن يكون عرضاً متبقياً من أى اضطراب عقلى سابق .

(١) تغير دائم فى الشخصية بعد تجربة مفجعة :

تغير الشخصية الدائم قد يلى تجربة كرب مفجع ، ويجب أن يكون الكرب شديداً ، بدرجة تجعل من غير الضرورى مراعاة القابلية الشخصية للتأثر ؛ من أجل تفسير أثرها العميق على الشخصية ، وتتضمن الأمثلة :

خبرات معسكرات الاعتقال ، التعذيب ، الكوارث ، التعرض طويل المدى لمواقف مهددة للحياة ، مثل : الوقوع ضحية للإرهاب (على سبيل المثال : مواقف الرهائن ، الأسر لمدة طويلة مع احتمال كبير بالقتل) قد يسبق اضطراب الكرب بعد صدمة هذا النوع من تغير الشخصية .

وفى هذه الحالات يمكن أن يعتبر الأخير نتيجة مزمنة لهذا الاضطراب .

ولكن فى أحوال أخرى قد يتكون تغير الشخصية الدائم المستوفى للمواصفات المذكورة أدناه ، دون مرحلة فاصلة من اضطراب الكرب بعد صدمة ، أما تغير الشخصية طويل المدى ، الذى يلى تعرض قصير المدى لتجربة مهددة للحياة – مثل حادث سيارة – فلا يجب إدراجه فى هذه الفئة ؛ ذلك أن الأبحاث الحديثة قد أشارت إلى أن هذا التحول يعتمد على القابلية النفسية للتأثر الموجود سابقاً .

مؤشرات تشخيصية :

يجد أن يكون تغير الشخصية مستمراً ويعبر عن نفسه ، من خلال سمات تفتقد إلى المرونة والتكيف ، وتؤدى إلى خلل فى الأداء الشخصى والاجتماعى والمهنى ، وعادة يجب التأكد من تغير الشخصية بواسطة أحد المقربين إلى الشخص .

للوصول إلى التشخيص ، يجب التأكد من وجود سمات لم تكن موجودة من قبل ، مثل :

(١) موقف عدائى أو شكى نحو العالم .

(٢) انسحاب اجتماعى .

(٣) أحاسيس بالخواء أو اليأس .

(٤) إحساس مزمن بأنه على شفا شىء ما ، كما لو كان الشخص واقعاً تحت تهديد دائم .

(٥) اغتراب .

يجب أن يستمر هذا التغير فى الشخصية لمدة عامين على الأقل ، ولايجب أن يكون مرجعه إلى اضطراب فى الشخصية سابق ، أو إلى اضطراب عقلى بخلاف اضطراب الكرب بعد صدمة .. كذلك ، يجب استبعاد وجود أذى أو مرض جسيم بالمخ ، يمكن أن يؤدى إلى سمات سريرية مشابهة .

(٢) تغير دائم فى الشخصية بعد مرض طبنفسى :

هو تغير فى الشخصية مرجعه إلى الخبرة المؤلمة فى المعاناة من مرض طبنفسى شديد ، ولايمكن تفسير التغير بواسطة اضطراب فى الشخصية سابق ، كذلك .. يجب تمييزه عن الفصام المتبقى والحالات الأخرى من الشفاء غير الكامل من اضطراب عقلى سابق .

مؤشرات تشخيصية :

يجب أن يكون تغير الشخصية دائماً وواضحاً كنمط مفتقد إلى المرونة والتكيف والخبرة والأداء ، يؤدى إلى خلل طويل المدى (شخصى ، أو اجتماعى أو مهنى) وانزعاج ذاتى ، ويجب أن يكون هناك مايثبت عدم وجود اضطراب فى الشخصية سابق ، يفسر هذا التغير فى الشخصية ، وكذلك لايجب أن يستند التشخيص إلى أية أعراض متبقية من اضطراب عقلى سابق .

يتبلور التغير فى الشخصية بعد الشفاء السريرى من اضطراب عقلى ، ويرجح أن يكون المريض قد مر بتجربة شديدة الوطأة انفعالياً وأنها تجربة هزت كثيراً من صورة الفرد الذاتية عن نفسه .

كذلك .. فإن مواقف واستجابات الآخرين معه بعد مرضه تعد عوامل مهمة فى تحديد الصورة والمبالغة فى درجة الوطأة التى يستشعرها الشخص ، ولايمكن فهم هذا التغير فى الشخصية تماماً ، دون وضع التجربة الذاتية الانفعالية والشخصية السابقة وتكيفها ونقاط ضعفها المعينة فى الاعتبار .

لاستخدام هذا التشخيص .. يجب أن يتوافر دليل على وجود تغير فى الشخصية بواسطة سمات إكلينيكية ، مثل :

(١) اعتمادية شديدة على الآخرين ووضعهم فى موقف المطالبة .

(٢) اقتناع بالتغير أو بالوصمة نتيجة المرض ؛ مما يؤدى إلى عدم القدرة على إقامة والحفاظ على علاقات شخصية وثيقة ، وبالتالى إلى عزلة اجتماعية .

(٣) سلبية ، وقلة الاهتمامات وقلة الانخراط فى نشاطات ترفيهية ، كان الشخص يستمتع بها فى السابق .

(٤) شكاوى دائمة من المرض قد تصاحبها دعاوى توهم المرض وسلوك مبنى على كون الشخص مريضاً .

(٥) مزاج اعتلالى أو هش ، لايرجع إلى وجود مرض عقلى حالى ، أو إلى أعراض وجدانية متبقية من مرض عقلى سابق .

(٦) خلل واضح فى الأداء الاجتماعى والمهنى .

يجب أن تستمر المظاهر المذكورة أعلاه لمدة عامين أو أكثر ، ولايمكن إرجاع التغير إلى وجود أذى أو مرض جسيم بالمخ ، ولايتعارض وجود تشخيص سابق بالفصام مع هذا التشخيص .

جدول (١٠- ١) : علاج اضطرابات الشخصية .

اضطراب الشخصية	العلاج النفسى	العلاج الكيميائى	العلاج السلوكى
الشخصية البارانودية	– إقامة علاقة وطيدة . – تفسير الحساسية المفرطة . – الاعتراف ببعض حقيقة النظام البارانويدى .	– بعض مضادات الذهان .	– خفض شدة الحساسية للنقد . – تحسين المهارات الاجتماعية . – المدخل المعرفى يحتاج لمزيد من الدراسة .
الطبع الفصامى	– التدريب على الإحساس بالنشوة من خلال العلاقات الاجتماعية . – فهم المشاعر الداخلية . – ثبات وتقبل المعالج للمريض .	– مضادات الذهان . – مضادات الاكتئاب .	– تدريب المهارات الاجتماعية . – تقوية المهارات المعرفية . – التدريب على إدارة القلق بالأسلوب المعرفى .
الشبفصامى	– العلاقة مع العلاج مهمة . – التشجيع فى نشاطات مختلفة .	– مضادات الذهان . – مثبطات البيتا .	– غير محدد .
الهستيرية	– تحديد أنماط عدم التكيف . – تفسير الحيل الدفاعية اللاشعورية والأساس الدينامى .	– مانعات أكسدة الأمين خاصة فى عسر المزاج .	– محاولة تعديل التعبير عن الانفعال ، أو التمركز حول الذات واستغلال الآخرين .
النرجسية	– المزج بين المواجهة والتعاطف . – تفسير قوة وتهيؤ المريضة .	– محاولة الليثيوم . – مانعات أكسدة الأمين . – مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، أو مانعات ارتجاع السيروتونين .	– تشجيع الدفء والإخلاص والتعاطف. – مثل الهستيرية . – التدريب على التحكم فى الاندفاعات .

يتبع

اضطراب الشخصية	العلاج النفسى	العلاج الكيميائى	العلاج السلوكى
ضد اجتماعية	– علاج نفسى جمعى فى أحد المراكز. – علاقة تعاطف وفهم .	– علاج الحالات المصاحبة .	– الاحترام والاهتمام . – العلاج بالنفور . – قنوات نشاط اجتماعى مستمر .
الشخصية الحدية	– التركيز على أزمة الهوية وانطباعه عن ذاته والآخرين . – الابتعاد والاقتراب فى علاقاته . – التدريب المهنى .	– مضادات الذهان . – مضادات الاكتئاب . – الليثيوم . – مضادات الصرع . – المنبهات .	– تدريب التحكم فى الاندفاعات . – التدريب على مهارات حل المشاكل . – التدريب على تغيرات الاتجاه .
الاجتنابية	– بناء ألفة بإقامة علاقة علاجية . – إعادة الثقة بالنفس . – تحسين الإحساس بالذات .	– مانعات أكسدة الأمين . – مثبطات البيتا . – مانعات ارتجاع السيروتونين .	– التحصين البطىء . – تدريب المهارات الاجتماعية . – إعادة البناء المعرفى . – برنامج إدارة القلق .
الاعتمادية	– تفسير الحيل الدفاعية اللاشعورية والعوامل المكبوتة والدينامية الذاتية. – تقييم قدرات الفرد لمواجهة الاستقلالية .	– مضادات الاكتئاب . – مضادات القلق .	
القهرية	– تفسير الأحلام واستعمال مواد اللاشعور .	– انفرانيل . – مانعات ارتجاع السيروتونين .	– تدريب المهارات الاجتماعية .

يتبع

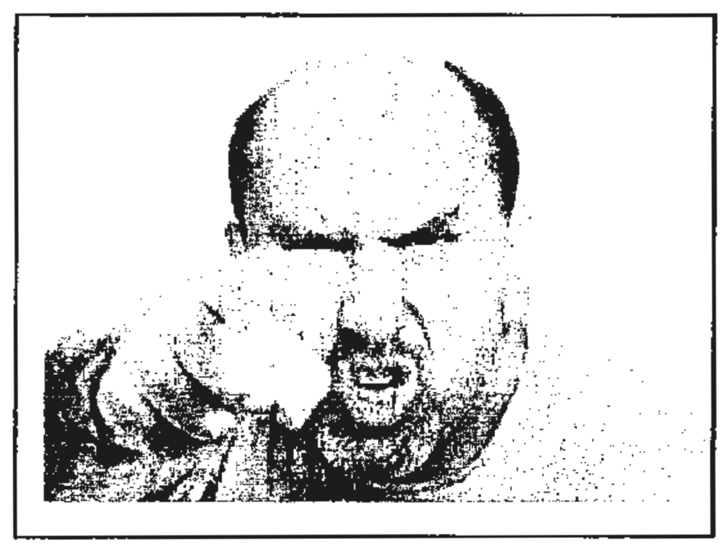
اضطراب الشخصية	العلاج النفسى	العلاج الكيميائى	العلاج السلوكى
السلبى والعدوانى	- أساليب معرفية . - تشجيع المرونة والاستمتاع بالحياة . - تجنب العقلنة الزائدة . - تجنب النصيحة . - تفسير العدوانية وعدم مطاوعة العمل والأسرة والعلاج . - مواجهة المواعيد المؤجلة وعدم الالتزام .	- مضادات القلق . - مثبطات أكسدة الأمين . - المنبهات . - مانعات ارتجاع السيروتونين .	- محاولة التخلص من المنطقية والعقلانية والمدخل العنيد للحياة . - غير محدد .
النوابية	- العلاج النفسى المساعد والمعرفى .	- الليثيوم . - مضادات الصرع . - مانعات ارتجاع السيروتونين .	- تدريب المهارات الاجتماعية . - العلاج المعرفى .

ثانياً : اضطرابات العادة والاندفاع

Habit and Impulse Control Disorders

هذه الفئة تتضمن اضطرابات سلوكية محددة ، لم يتم تصنيفها فى فصول أخرى ، تتميز بأفعال متكررة ، ولايوجد وراءها دافع منطقى واضح ، ولايمكن التحكم فيها ، وبشكل عام .. تؤذى مصالح الشخص ذاته ومصالح الآخرين .

ويقول الشخص إن السلوك تصاحبه اندفاعات بالفعل لايستطيع التحكم فيها، أما أسباب هذه الحالات فغير مفهومة ، وقد وضعت معاً بسبب تشابهها الوصفى العام، وليس لأنها تشترك فى أى سمات مهمة أخرى .



Impulse Control Disorder

اضطرابات العادة والاندفاع

(١) المقامرة المرضية : Pathological Gambling

يتكون الاضطراب من نوبات عديدة ومتكررة من المقامرة ، تسيطر على حياة الشخص على حساب القيم والالتزامات الاجتماعية والمهنية والمادية والعائلية .

قد يخاطر مثل هؤلاء الأفراد بوظائفهم ويستدينون مبالغ كبيرة ويكذبون أو يخرقون القانون للحصول على المال ، أو لتفادى دفع الديون وتعصف بالشخص رغبة ملحة شديدة فى المقامرة ، يصعب التحكم فيها ، بالإضافة إلى الانشغال بأفكار وصور عن عملية المقامرة والظروف المحيطة بها .

وتزداد هذه الانشغالات والرغبات الملحة فى الأوقات العسيرة من الحياة .

ويطلق على هذا الاضطراب أيضاً اسم المقامرة القهرية ، ولكن هذا الاسم ليس ملائماً تماماً. ذلك إن السلوك ليس قهرياً بالمعنى التقنى للكلمة ، كما أن الاضطراب لايمت بصلة إلى عصاب الوسواس القهرى .



Impulse Control Disorder

اضطرابات العادة والاندفاع

مؤشرات تشخيصية :

السمات الأساسية هى :

(١) مقامرة متكررة بشكل دائم .

(٢) تستمر بل وكثيراً ماتزداد ، على الرغم من التبعات الاجتماعية السلبية، مثل: الافتقار واضطراب العلاقات الأسرية واختلال الحياة الشخصية .

عند التشخيص الفارق :

يجب تمييز المقامرة المرضية عن :

(أ) المقامرة والمراهنة هؤلاء الأفراد يقامرون كثيراً من أجل الإثارة ، أو فى محاولة لكسب المال ، وقد يكبحون جماح هذه العادة ؛ حين يواجهون بخسائر كبيرة أو أى سلبية أخرى) .

(ب) المقامرة المفرطة عند مرضى الهوس (الابتهاج) .

(جـ) المقامرة عند الشخصيات المرضية اجتماعياً (هؤلاء الأفراد يعكسون اضطراباً دائماً وأكثر شمولاً فى السلوك الاجتماعى ، يتضح فى أفعال عدوانية أو أفعال ، تعكس بأشكال أخرى عدم المبالاة الشديدة براحة ومشاعر الآخرين) .



Pyromania

هوس اشعال الحريق

(٢) إشعال الحرائق المرضى (هوس إشعال الحريق) Pyromania

هو سلوك يتميز بإقدام متكرر للحرائق ، أو محاولات لإشعال الحريق فى الممتلكات أو أشياء أخرى ، دون دافع واضح ومع انشغال دائم بالمواضيع المتعلقة بالحريق والحرق .

وقد يبدى هؤلاء الأفراد اهتماماً غير عادى بماكينات الحريق وأدوات مكافحة الحريق الأخرى ، وأشياء أخرى مرتبطة بالحريق وبالاتصال بقوات إطفاء الحريق .



Pyromania

هوس اشعال الحريق

مؤشرات تشخيصية :

السمات الضرورية :

(١) إشعال حرائق متكررة دون دافع واضح ، مثل : مكسب مالى ، أو انتقام أو تطرف سياسى .

(٢) اهتمام شديد بمشاهدة الحرائق وهى تشتعل .

(٣) المريض يصف مشاعر من التوتر المتزايد قبل الفعل ، وشعوراً عميقاً بالإثارة بعد تنفيذه مباشرة .

عند التشخيص الفارق :

يجب تمييز إشعال الحرائق المرضى عن :

(١) إشعال الحرائق المتعمد دون وجود اضطراب طبنفسى ظاهر (فى هذه الحالات يوجد دافع واضح) .

(٢) إشعال الحريق بواسطة شخص صغير السن ، مصاب باضطراب فى السلوك (هناك دلائل على وجود سلوكيات مضطربة أخرى مثل السرقة ، أو العدوان أو الهروب) .

(٣) إشعال الحريق بواسطة شخص راشد مصاب باضطرابات الشخصية المرضية

اجتماعياً (هناك دلائل على وجود خلل دائم فى السلوك الاجتماعى ، مثل : العدوان أو مؤشرات أخرى إلى عدم مراعاة مصالح ومشاعر الآخرين) .

(د) إشعال الحريق فى الفصام (فى هذه الحالات يبدأ إشعال الحريق كاستجابة لأفكار ضلالية أو أوامر وهلاوس صوتية) .

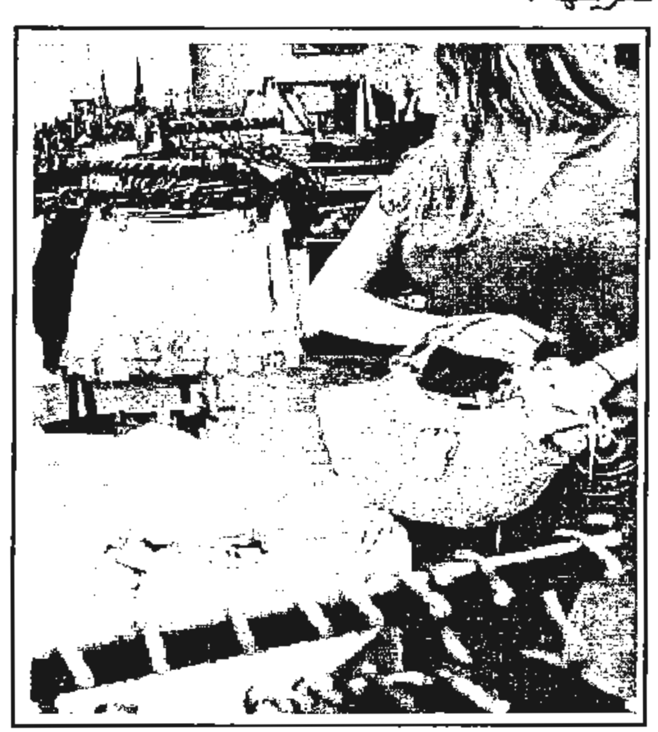
(هـ) إشعال الحريق فى اضطرابات طبنفسية عضوية (فى هذه الحالات ، يشتعل الحريق مصادفة نتيجة للاختلال الذهنى ، أو ضعف الذاكرة أو عدم إدراك لتبعات الفعل ، أو مزيج من هذه العوامل) .

قد يؤدى الخرف أو الحالات العضوية الحادة إلى إشعال الحريق غير المتعمد.

الأسباب الأخرى تتضمن حالة سُكْر حادة ، والاعتماد المزمن على الكحول، والتسمم بالعقاقير الأخرى .

(٣) السرقة المرضية (هوس السرقة) : Kleptomania

فى هذه الحالة يعجز الشخص مراراً عن مقاومة الاندفاع لسرقة أشياء لايحتاجها لاستخدامه الخاص أو لكسب مالى ؛ بل إن هذه الأشياء قد يتم التخلص منها أو توزيعها أو تخزينها .



Kleptomania

السرقة المرضية هوس السرقة

مؤشرات تشخيصية :

يصف المريض عادة إحساساً متزايداً بالتوتر ، قبل أن يؤتى بالفعل ، وإحساساً بالرضا أثناءه وبعده مباشرة ، وعلى الرغم من اتخاذ بعض المحاولات لتكتم الأمر .. إلا أن الشخص لايستنفذ كل وسائل التكتم ، كذلك تتم السرقة بشكل منفرد ، دون وجود شريك ، وقد يعبر الشخص عن قلق ويأس وشعور بالذنب بين نوبات سرقة المحال (أم ممتلكات أخرى) ولكن ذلك لايحول دون تكرار السرقة ، ومن غير الشائع أن نجد حالات تستوفى هذه المواصفات ، ولاتكون ثانوية لواحد من الاضطرابات المذكورة أدناه .

عند التشخيص الفارق :

يجب تمييز السرقة المرضية عن :

(أ) سرقة المحال المتكررة دون اضطراب طبنفسي واضح (فى هذه الحالات يسبق الأفعال تخطيط دقيق ، كما أن هناك دافعاً واضحاً فى المكسب الشخصى) .

(ب) اضطراب عقلي عضوى (عجز متكرر عن دفع ثمن سلع ؛ نتيجة لضعف الذاكرة ، وأشكال أخرى من التدهور الفكرى) .

(جـ) اضطراب اكتئابى مع سرقة (بعض مرضى الاكتئاب يسرقون ، وقد يكررون فعل ذلك طالما استمر الاضطراب الاكتئابى) .

(٤) **هوس اقتلاع (نتف أو نزع) الشعر** : Trichotillomania

اضطراب يتميز بفقدان واضح فى كمية الشعر ؛ نتيجة لفشل متكرر فى مقاومة اندفاع باقتلاع (بنتف) الشعر ، اقتلاع الشعر يسبقه عادة توتر متصاعد ، ويليه إحساس بالراحة والرضا ، ولايجب استخدام هذا التشخيص إذا كان هناك التهاب سابق فى الجلد ، أو إذا كان اقتلاع الشعر استجابة لضلالة أو لهلاوس .



Trichotillomania

هوس اقتلاع نزع الشعر

(٥) اضطرابات أخرى فى العادة والاندفاع :

تستخدم هذه الفئة للأنواع الأخرى من السلوك غير المتكيف المتكرر باستمرار، الذى لايكون ثانوياً لزملة طبنفسية واضحة ، والذى يبدو فيه وكأن الشخص يفشل باستمرار فى مقاومة الاندفاعات بإتيان هذا السلوك ، الذى تسبقه فترة من التوتر ، ثم يصاحب الفعل إحساس بالتحرر ، ويتضمن الاضطراب الانفجارى المتقطع .

العلاج :

يعتمد علاج اضطرابات العادة والاندفاع على العلاج النفسى والسلوكى مع العلاج الكيميائى ، وقد سبق شرح العلاج النفسى والسلوكى مع علاج العصاب .

ويستفيد كثير من المرضى بالعقار هليوبريدول أو أوراب فى تخفيف حدة العادة أو الاندفاع ، ويتحسن البعض الآخر مع مضادات الصرع مثل التجريتول حتى مع غياب أى شذوذ فى رسام المخ الكهربائى ، وتوجد فئة أخرى تستجيب لمضادات الاكتئاب ، ذات التأثير القوى على الموصل العصبى (السيراتونيين) ، مثل : انفرانيل أو بروزاك أو فافارين أو لسترال أو سيبرالكس .

ثالثاً : اضطرابات أخري في شخصية وسلوك الراشدين :

(أ) المبالغة فى الأعراض الجسمية لأسباب نفسية :

تؤدى الحالة النفسية للمريض إلى المبالغة والتطويل فى أعراض جسمية ، هى فى الواقع نتيجة لاضطراب أو مرض أو عجز ثابت . ومن هنا تتبلور زملة سلوكية هدفها جذب الانتباه (شبهستيرية) ، قد تتضمن أعراضاً إضافية (وعادة غير معينة) ليس لها أصل جسمى ، وينزعج الشخص عادة بسبب عجزه أو ألمه الجسمى . وكثيراً ماينشغل باحتمالات استمرار أو اشتداد العجز أو الألم ، الذى يكون له مبرراته ، وقد يكون هناك عامل آخر يدفع بالشخص إلى هذا السلوك ، ألا وهو عدم الرضا عن نتائج العلاج أو الأبحاث أو خيبة الأمل فى كمية الاهتمام ، الذى يتمتعون به فى عنابر المستشفيات ، أو فى العيادات . أما فى بعض الحالات.. فيبدو أن لهم دافعاً واضحاً ينبع من احتمال التعويض المالى بعد الحوادث أو الإصابة ، ولكن الزملة لاتشفى بالضرورة سريعاً ، حتى إذا تم التقاضى بنجاح ، ويتضمن ذلك عصاب التعويض .

(ب) الاختلاق أو التظاهر المتعمد بأعراض أو عجز ما بدنى أو نفسى واضطراب الاصطناع ، الموه) : Factitious Disorder

فى غياب اضطراب أو مرض أو عجز بدنى أو عقلى ثابت .. يختلق الشخص

أعراضاً بشكل متكرر ودون سبب واضح ، وقد يصل الأمر إلى إيذاء النفس ؛ من أجل إحداث أعراض أو علامات .

والدافع وراء هذا السلوك غامض فى أغلب الأحيان ، والأرجح أنه دافع داخلى يهدف لتقمص الدور المرضى ، ويتضمن زملة إدمان المستشفيات وزملة مونش هاوزن والمريض الجوال ، ويستبعد هنا الشخص المتمارض ، والذى يفتعل المرض لهدف واضح .



التخلف العقلي (العجز التعليمي أو المعرفى)

MENTAL RETARDATION COGNITIVE DISABILITY OR LEARNING DISABILITY

يعرف التخلف العقلي ، بتوقف أو عدم تكامل تطور ونضوج العقل : مما يؤدي إلي نقص في الذكاء ، لايسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستقلال . وعندما نتكلم عن العقل لانعني الذكاء فقط ، بل كل زوايا الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك .

F79-F70

التخلف العقلى — Mental retardation

F70	التخلف العقلى الخفيف	Mild mental retardation
F71	التخلف العقلى المتوسط الشدة	Moderate mental retardation
F72	التخلف العقلى الشديد	Severe mental retardation
F73	التخلف العقلى العميق	Profound mental retardation
F78	تخلف عقلى آخر	Other mental retardation
F79	تخلف عقلى غير معين	Unspecified mental retardation

يمكن استخدام محرف رابع لتعيين درجة الاختلال السلوكى المصاحب

A fourth character may be used to specify the extent of associated behaviowal impairment :

F7X.0	عدم وجود اختلال سلوكى، أو وجود اختلال سلوكى ضئيل	No, or minimal, impairment of behaviour
F7X.1	وجود اختلال سلوكى ملموس يستدعى الانتباه والمعالجة	Significant impairment of behaviour requiring attention or treatment
F7X.8	حالات اختلال سلوكى أخرى	Other impairments of behaviour
F7X.9	عدم ذكر أى اختلال سلوكى	Without mention of impairment of behaviour

يعرف التخلف العقلي ، بتوقف أو عدم تكامل تطور ونضوج العقل ؛ مما يؤدي إلي نقص في الذكاء ، لايسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستقلال . وعندما نتكلم عن العقل لانعني الذكاء فقط، بل كل زوايا الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك .

يمثل التخلف العقلى مشكلة اجتماعية كبرى ؛ خاصة فى المجتمعات المتحضرة، التى تحتاج لذكاء مواطنيها ، وللتوافق الاجتماعى .

ويعرف التخلف العقلى ، بتوقف أو عدم تكامل تطور ونضوج العقل ؛ مما يؤدى إلى نقص فى الذكاء ، لايسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستقلال . وعندما نتكلم عن العقل لانعنى الذكاء فقط ، بل كل زوايا الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك .

ويمر الطفل أثناء نضوجه بمراحل مختلفة ، فيستطيع رفع رأسه عن الوسادة فى سن ٤ شهور ، ويجلس دون مساعدة عندما يبلغ ٦ شهور ، ثم يزحف فى سن ٨-٩ شهور ، ويقف وعمره عام ، ويسير بمفرده حتى ١٨ شهراً ، وهنا يتحكم فى عملية التبرز ، ويبدأ فى الكلام ، ويليها التحكم فى التبول عندما يصل لسنتين من العمر ، ويطعم نفسه فى سن ثلاثة أعوام ، ثم يتمكن من لبس ملابسه فى الخامسة من عمره .

أما فى حالات القصور العقلى .. فتتأخر هذه المراحل ، بل وأحياناً لايكتسبها الطفل إلا بعد فترة طويلة .

ولما كان الذكاء يدخل فى تعريف القصور العقلى ، فعلينا الإلمام الموجز بماهية الذكاء ، ولم يجمع علماء النفس على تعريف معين للذكاء ولكن يمكننا تلخيص المصطلحات المختلفة ، بأنه القدرة العقلية الفطرية العامة التى تساعد على التعلم بسرعة ، واكتساب الخبرة فى الأعمال الجديدة ، وتطبيقها فيما يجد من أحداث ،

وإدراك العلاقات المهمة بين عناصر المشاكل المستجدة ؛ مما يمكن الشخص من مواجهة المواقف الجديدة باستجابات ملائمة .

وقد أثبتت دراسة التوائم المتشابهة أهمية العامل الوراثى فى الذكاء ، فقد لوحظ تشابه ذكاء هذه التوائم ، وإن اختلف فيكون فى مدى لايزيد عن خمس نقاط، وهى النسبة المألوفة لاختلاف ذكاء نفس الفرد عند قياس ذكائه مرتين ، أما إذا نشأت هذه التوائم فى بيئتين مختلفتين .. فتتضح بعض الفروق فى ذكائهم ، وتزيد نسبة ذكاء التوأم الذى ينشأ فى بيئة أفضل من ناحية التنبيهات المختلفة بحوالى من ١٠–١٣ نقطة ، ويدل ذلك على أثر البيئة المحدود ، إذ إنه يستحيل تغيير الشخص الغبى إلى ذكى ، ولكن يمكن تحسينه وتعليمه وتأهيله بالبيئة ، أى على الرغم من دور الوراثة السائد والمهم .. إلا أن البيئة الصحيحة لها دورها فى تحسين الذكاء .

ونستطيع القول بأن لعامل الوراثة دوراً حوالى ٧٠٪ والبيئة حوالى ٣٠٪ ، والوراثة هنا تعنى الاستعداد الوراثى الإلهى ، وليس من الوالدين .

ويقاس الذكاء بما يسمى معدل الذكاء الذى هو حصيلة :

$$\frac{\text{العمر العقلى}}{\text{العمر الزمنى}} \times ١٠٠$$

ونعنى بالعمر العقلى نتيجة الاختبارات النفسية ، التى يستطيع الطفل أن يؤديها حيث يوجد اختبارات عقلية متفاوتة حسب السن ، أما العمر الزمنى فهو عمر الطفل الحقيقى .

فإذا فرضنا طفلاً عمره ١٠ سنوات ، واستطاع أن يؤدى الاختبارات إلى سن ١٢ ، فيكون معدل ذكائه ١٠/١٢ × ١٠٠ = ١٢٠ أى فوق المتوسط ، بعكس ما إذا كان قد استطاع تأدية الاختبارات لسن ٨ ، فيكون هنا معدل الذكاء ١٠/٨ × ١٠٠ = ٨٠ ؛ أى أقل من المتوسط أو غبى .

وينمو الذكاء تدريجياً إلى سن الخامسة عشرة ، ثم يتوقف نموه فى سن السابعة عشرة ، ويكتسب الفرد بعد ذلك خبرة ومرونة ، أما ذكاؤه فثابت لايتغير ، وإن لاحظنا تغييراً واضحاً فى الذكاء زيادة عن المعدل المألوف أى حوالى خمس نقاط .. فإن ذلك قد يعنى :

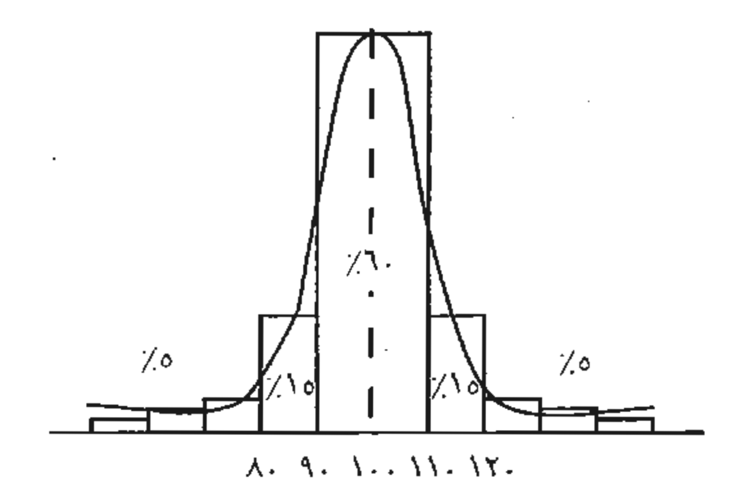
(١) اختلاف طريقة الاختبارات أو الخطأ فى قياسها .

(٢) عدم معرفة وخبرة من يقيس هذه الاختبارات .

(٣) تغير الحالة النفسية والجسمية للفرد .

(٤) معرفة الفرد وإلمامه بالاختبارات قبل القياس .

والذكاء موزع بين التعداد السكانى كالآتى ، كما هو مبين بالمنحنى :



منحنى الذكاء بين التعداد السكانى

معدل الذكاء = ٩٠–١١٠ فى ٦٠ ٪ من السكان – متوسط الذكاء .

معدل الذكاء = ١١٠–١٢٠ فى ١٥ ٪ من السكان – فوق المتوسط .

معدل الذكاء = ٨٠–٩٠ فى ١٥ ٪ من السكان – أقل من المتوسط (غبى) .

معدل الذكاء فوق ١٢٠ فى ١٥ ٪ من السكان – ذكى جداً .

معدل الذكاء فوق ١٤٠ عبقرى .

وتصل نسبة العباقرة أى فوق ١٤٠ إلى حوالى ١ ٪ ؛ أى إنها أكثر شيوعاً من اعتقاد العامة .

معدل الذكاء أقل من ٨٠٪ فى ٥ ٪ من السكان – قصور عقلى .

وقد يعتقد البعض فى فروق خاصة فى الذكاء بين الرجل والمرأة ، ولكن الأبحاث الحديثة برهنت على تساوى الذكاء فى الجنسين ، ولكن أحياناً تختلف المهارات فتتفوق المرأة على الرجل فى اللغات ، وكذلك الرجل فى الأعمال الميكانيكية واليدوية ، وكذلك لايوجد جنس أكثر ذكاء من جنس آخر ، فلانستطيع القول بأن الفرد الملون أقل ذكاء من الأبيض ؛ خاصة إذا أتيحت له الفرص الحضارية

والتعليمية نفسها، التي يتمتع بها الرجل الأبيض ، ويطبق ذلك أيضاً بالنسبة للطفل القروى والذى يبدو ذكاؤه أقل من طفل المدينة .

ولكن إذا أخذنا فى الاعتبار أن الطفل القروى ينشأ فى بيئة هادئة وأقل تنبيهاً من المدينة وأن مستوى المدرسة والمدرسين فى القرية أقل من المدينة ، يزيد على ذلك أن المدينة تجذب الطموحين والأذكياء ، وتترك القرية فى مستوى ذكائى منخفض ، لوجدنا أن تعديل كل هذه الاعتبارات سوف يؤدى إلى تساوى ذكاء طفل القرية والمدينة .

الذكاء ليس خاصية أحادية ، وإنما يتم قياسه على أساس عدد كبير من المهارات المختلفة النوعية بدرجة أو بأخرى ، وعلى الرغم من أن الميل العام هو أن ترتقى هذه المهارات إلى مستويات متشابهة فى كل فرد .. إلا أنه قد توجد تباينات واسعة خاصة فى الأشخاص المتخلفين عقلياً ؛ فقد يظهرون اختلالات شديدة فى مجال واحد خاص (على سبيل المثال : اللغة) ، أو قد يمتلكون مهارة أعلى فى مجال خاص أيضاً (مثلاً فى مهام التعرف البصرى المكانى) ، وذلك على خلفية من التخلف العقلى الشديد .

وتمثل هذه النقطة مشكلات عند تحديد المجموعة ، التى يجب تصنيف الشخص المتخلف فيها ؛ ولذا يجب أن يستند تقييم المستوى الفكرى على أى معلومات يمكن توفيرها ، بما فى ذلك نتائج الفحص الإكلينيكى والسلوك التكيفى (قياساً إلى خلفية الفرد الثقافية) والأداء فى اختبارات القياس النفسى ، مع تقدير الاحتياجات العلمية للبيئة الاجتماعية الطبيعية ، إن وجود اضطرابات عقلية أو جسمية مصاحبة يؤثر بدرجة كبيرة على الصورة الإكلينيكية وطريقة استخدام أى مهارات.

ويجب تحديد نسبة الذكاء بواسطة اختبارات ذكاء مقننة ، تطبق على كل فرد على حدة ، كما يجب اختيار الاختبار المناسب استناداً إلى مستوى الفرد فى الأداء مع مراعاة أى حالات عجز معينة إضافية ، على سبيل المثال مشكلات لغوية تعبيرية ، اضطراب فى السمع ، عجز بدنى ، كذلك .. فإن مقاييس النضج الاجتماعى والتكيف توفر معلومات إضافية ، يمكن استكمالها عن طريق مقابلة الأهل ، أو أولى الأمر المطلعين على مهارات الفرد فى الحياة اليومية .

ويجب أن تكون اختبارات قياس النضج الاجتماعى والتكيف هى الأخرى مقننة محلياً ، ويجب أن تستكمل عن طريق المقابلات مع الأهل أو ولى الأمر الملم

بمهارات المريض فى الحياة اليومية ، ودون استخدام أداة مقننة لقياس المستوى الذهنى والتكيف الاجتماعى يظل التقييم تقديرى فقط .

(١) التخلف العقلى خفيف الدرجة (المأفون أو الأهواك) :

Mild Mental Retardation (Moron)

الأفراد ذوو التخلف البسيط يكتسبون اللغة متأخرين بعض الشيء ، ولكنهم يصبحون قادرين على استخدام الكلام لمتطلبات الحياة اليومية ، وعلى عقد حوار بسيط ، وعلى المشاركة فى المقابلة السريرية .

ويكتسب أغلبهم كذلك استقلالاً كاملاً فى رعاية النفس (تناول الطعام ، الغسيل، ارتداء الملابس ، التحكم فى التبرز والتبول) وفى المهارات العملية والمنزلية حتى إذا كان معدل الارتقاء أبطأ من الطبيعي بكثير .

وتظهر الصعوبات الرئيسية عادة فى مهام الدراسة الأكاديمية حيث يعانى الكثيرون من مشاكل خاصة فى القراءة والكتابة ، ولكن يمكن مساعدة الأفراد ذوى التخلف البسيط كثيراً ، بواسطة أساليب فى التعليم ، صممت لتطوير مهاراتهم ولتعويضهم عن عجزهم .

ويمتلك أغلب الأفراد فى النطاقات العليا من التخلف العقلى البسيط قدرات على أداء الأعمال ، التى تستدعى قدرات عملية ، أكثر منها أكاديمية بما فى ذلك العمل اليدوى الماهر أو نصف الماهر .

وفى إطار اجتماعى وحضارى ، يتطلب إنجازاً أكاديمياً ضئيلاً قد لاتمثل درجة من التخلف البسيط أية مشكلة ، ولكن إذا كان هناك أيضاً عدم نضج واضح، سواء كان عاطفياً أو اجتماعياً فإن تبعات العجز (على سبيل المثال : عدم القدرة على التعامل مع متطلبات الزواج أو تربية الأطفال ، أو صعوبة التأقلم مع التقاليد والتوقعات الحضارية) سوف تصبح واضحة .

وبشكل عام .. فإن الصعوبات السلوكية والعاطفية والاجتماعية التى تواجه ذوى التخلف العقلى البسيط ، واحتياجات العلاج والمساندة التى تترتب عليها هى أقرب إلى تلك الموجودة بين الأفراد ذوى الذكاء الطبيعى ، منها إلى المشكلات المعينة التى تواجه ذوى التخلف العقلى المتوسط الشديد .

وإذا استخدمت اختبارات معدل الذكاء المقننة والمناسبة .. فإن النتيجة التى

تتراوح بين ٥٠-٦٩ تشير ، إلى وجود تخلف عقلى بسيط فى الراشدين ، (يتراوح العمر العقلى بين ٩ سنوات وأقل من ١٢ سنة) .

يميل فهم واستخدام اللغة إلى التأخر بدرجات مختلفة ، وقد تستمر مشكلات اللغة الإجرائية فى إعاقة نمو الاستقلالية حتى مراحل الحياة الراشدة ، ويمكن فى قلة فقط من الأفراد التعرف على سبب عضوى ، كذلك قد توجد بعض حالات مصحوبة بنسب متباينة من الذاتوية والاضطرابات الارتقائية الأخرى ، أو الصرع ، واضطرابات الجناح أو الإعاقة البدنية ، وإذا وجدت هذه الاضطرابات يجب الرمز لها بشكل مستقل.

(٢) التخلف العقلى المتوسط الدرجة (البلاهة) :

Moderate Mental Retardation (Imbecile)

الأفراد فى هذه الفئة بطيئون فى تبلور فهم واستخدام اللغة ، وإنجازاتهم المستقبلية فى هذا المجال محدودة ، كذلك .. قد يتأخر اكتسابهم لرعاية الذات والمهارات الحركية ، ويحتاج البعض إلى رعاية مدى الحياة .. أما التقدم فى الأعمال المدرسية فهو محدود ، ولكن نسبة منهم تتعلم المهارات الأولية الضرورية للقراءة والكتابة .

وقد توفر البرامج التعليمية لهؤلاء الأفراد فرصاً لتطوير استعدادهم المحدود ولاكتساب بعض المهارات الأساسية .. إلا أنها لاتناسب بطيئى التعلم ذوى الحد الأقصى المنخفض من الإنجاز . ويستطيع ذوو التخلف المتوسط أن يؤدوا عملاً يدوياً بسيطاً كراشدين ، إذا كانت المهام محددة بعناية ، وإذا توفرت رقابة ماهرة ، ونادراً مايحقق هؤلاء الأفراد استقلالاً كاملاً فى حياتهم الراشدة .

ولكنهم فى العادة قادرون على التحرك بشكل تام مهتمون بالنشاط البدنى ، والأغلبية منهم تبدى دلائل على الارتقاء الاجتماعى ، من خلال قدراتهم على التواصل والتفاهم مع الآخرين ، والاشتراك فى أنشطة اجتماعية بسيطة .

وتتراوح نسبة الذكاء عادة ما بين ٣٥ و ٤٩ (فى الراشدين يتراوح العمر العقلى بين ٦ سنوات وأقل من ٩سنوات) ، وتتباين الصور الوصفية لقدرات هذه المجموعة؛ فيعض الأفراد يصلون إلى مستويات أعلى فى المهارات البصرية والمكانية ، عنها فى المهام المعتمدة على اللغة ، فى حين أن البعض الآخر أخرق بشدة ، ولكنه يتمتع بالتفاعل الاجتماعى والحوار البسيط .

ويختلف مستوى ارتقاء اللغة .. فبعض المصابين ، يستطيع الاشتراك فى حوارات بسيطة ، فى حين أن البعض الآخر يمتلك من اللغة فقط مايسمح له بتوصيل احتياجاته الأساسية ، والبعض الآخر قد لايتعلمون استخدام اللغة أبداً وإن كانوا قد يفهمون التعليمات البسيطة ، بل وقد يستخدمون الإشارات اليدوية لتعويض درجة من عجزهم اللغوى .

وفى أغلب حالات التخلف العقلى المتوسط الدرجة ، يمكن التعرف على السبب العضوى ، وقد تعانى أقلية لابأس بها من ذاتوية الطفولة أو اضطرابات ارتقائية أخرى واسعة الانتشار (شاملة) ؛ مما يؤثر تأثيراً عظيماً على الصورة السريرية ونوع العلاج اللازم ، كذلك يشيع الصرع والإعاقة العصبية والبدنية ، وإن كانت الأغلبية تستطيع السير دون مساعدة ، وأحياناً يكون من الممكن التعرف على الحالات النفسية الأخرى.

ولكن مستوى ارتقاء اللغة المحدود قد يجعل التشخيص صعباً ومعتمداً فى الأساس على معلومات من آخرين على درجة من الألفة مع الفرد .

(٣) التخلف العقلى شديد الدرجة :

Severe Mental Retardation

تتشابه هذه الفئة بشكل عام مع فئة التخلف العقلى المتوسط ، فيما يتعلق بالصورة السريرية ، ووجود سبب عضوى والحالات المصاحبة له ، وكذلك .. فإن مستويات الإنجاز المنخفضة المذكورة مع التخلف المتوسط هى الأكثر شيوعاً أيضاً فى هذه المجموعة .

يعانى أغلب الأفراد فى هذه الفئة من درجة بالغة من الخلل فى الحركة أو أى أنواع نقص مصاحبة أخرى ؛ مما يشير إلى وجود أذى أو عيب تكوينى فى الجهاز العصبى المركزى ذى مغزى سريرى (إكلينيكى) .

وتتراوح نسبة الذكاء عادة ما بين ٣٠ و ٣٤ (فى الراشدين يتراوح العمر العقلى بين ثلاث سنوات ، وأقل من ست سنوات) .

(٤) التخلف العقلى الجسيم (العته) :

Profound Mental Retardation (Idiot).

تقدر نسبة الذكاء بأقل من ٢٠ ، مما يعنى عملياً أن الشخص المصاب غير قادر بالمرة على فهم أو تنفيذ الطلبات أو التعليمات ، أغلب الأفراد فى هذه الفئة غير

قادرون على التحكم فى التبرز والتبول ، وقادرون فى أحسن الأحوال فقط على أشكال بدائية جداً من التفاهم غير اللفظى ، وقدراتهم على العناية باحتياجاتهم الأساسية قليلة جداً أو منعدمة ، ويحتاجون إلى مساعدة ومتابعة دائمة.

نسبة الذكاء أقل من ٢٠ (فى الراشدين ، العمر العقلى أقل من ثلاث سنوات) ، الفهم واستخدام اللغة محدود بفهم الأوامر الأساسية والتعبير عن الطلبات البسيطة ، قد يكتسب الفرد المهارات البصرية - الفراغية الأساسية والبسيطة جداً مثل الفرز والمقارنة ، وقد يستطيع الشخص المصاب مع الرعاية والتوجيه المناسبين أن يقوم بدور صغير فى المهام المنزلية .

وفى أغلب الحالات ، يمكن التعرف على سبب عضوى وتشيع أشكال العجز الشديد ، العصبية أو البدنية الأخرى التى تؤثر على الحركة وكذلك الصرع واضطرابات الإبصار والسمع ، وتكثر بشكل خاص اضطرابات الارتقاء الشاملة فى أكثر أشكالها شدة ، وبالذات الذاتوية غير النموذجية ، خاصة بين الأفراد غير القادرين على الحركة.

التصلب الحدبى Tuberous Sclerosis

قصور عقلى مع حب الشباب وجمرات على الوجه على هيئة فراشة ، مع نوبات صرعية وقصور عقلى فى هيئة بله أو عته .



التصلب الحدبى



Tuberous Sclerosis

التصلب الحدبى

الدماغ البقرية أو الحادة أو تأنف الرأس Oxycephaly

تطول الجمجمة ، وتجحظ العينان ، مع ارتفاع سقف الحلق ، ويكون المريض مأفوناً .



الدماغ البقرية Oxycephaly

المنغولية أو زملة داون

Mongolism Or Down's Syndrome

وهى من أكثر الأنماط الإكلينيكية شيوعاً ، وتنتشر المنغولية بنسبة ٧٠٠ : ١ فى حالات الولادة ، وتكثر بين أطفال الأمهات فوق سن الأربعين ، وتتميز بوجود صبغات شاذة زائدة فى رقم ٢١ فى خلايا الجسم ، وبذلك تزيد عدد الصبغات إلى ٤٧ بدلاً من ٤٦ فى الخلية الواحدة .



الحول فى المنغولية



لسان المنغول



قدم المنغول



كف المنغول

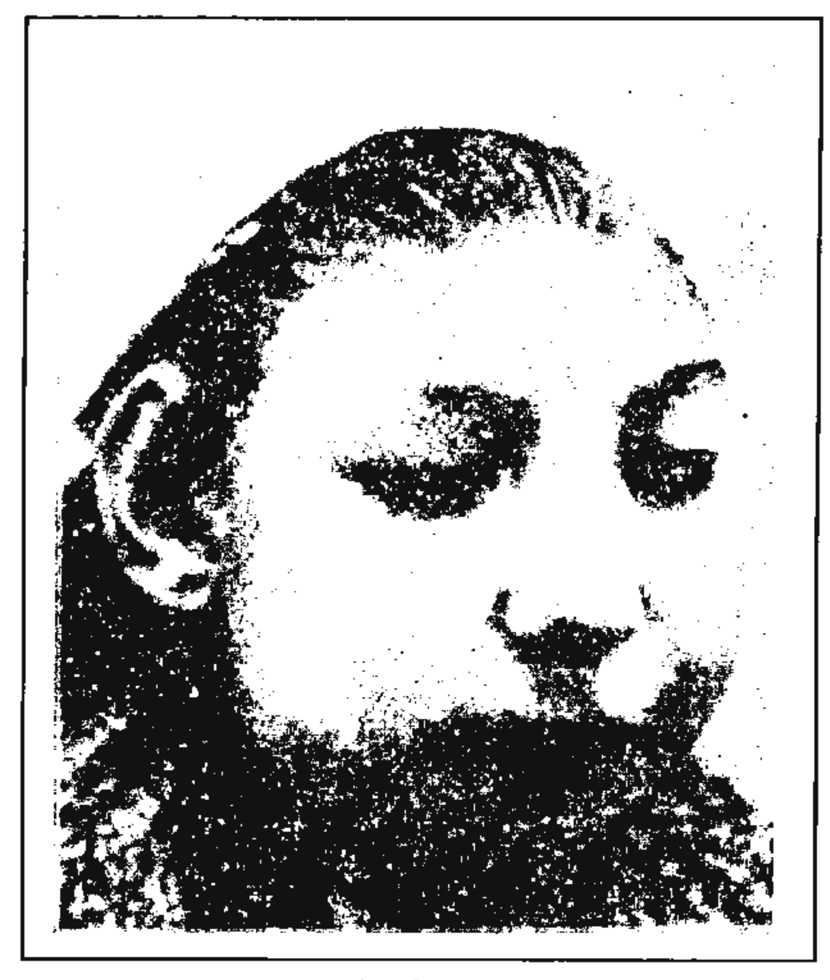


Mongolism Or Down's Syndrome

المنغولية أو زملة داون



صغر الدماغ



صغر الدماغ

فى المنغولية ؛ تكون الرأس صغيرة مع انزلاق العينين بزاوية ناحية جانبى الجبهة ، مع تغطية الجفن الأعلى للزاوية الأنفية للجفن الأسفل ؛ مما يشابه بين هؤلاء المرضى والجنس المنغولى ، ومن هنا اشتق الاسم ، ويكون اللسان ضخماً بعض الشىء مع تشققات عرضية ، واحتمال وجود رأرأة فى العين .

أما الكف فهو مربع مع وجود خط عرضى واحد ، وقصر الأصابع ، وكذلك يوجد شق كبير فى أسفل القدم بين الأصبع الكبير وبقية الأصابع ، ويصاحب ذلك جحوظ البطن ، وتشوهات قلبية وراثية ، وهؤلاء عرضة للعدوى والأمراض المختلفة ، وعادة مايتراوح ذكاؤهم بين الأبله والمعتوه ، وغالباً مايميلون للمرح والموسيقى ، ويعانى معظم هؤلاء المرضى عند بلوغهم سن العشرين من تغيرات فى نسيج المخ يشابه نسيج المخ فى مرضى الزهايمر .

صغر الدماغ Microcephaly

وهنا تكون الجمجمة صغيرة بشكل متفاوت مع بقية الجسم ، ويصاب هؤلاء المرضى بالبله أو العته .





صغر الدماغ



صغر الدماغ

استسقاء الدماغ Hydrocephalus

يولد الطفل بدماغ كبيرة مملوءة بالسائل الشوكى ، مع ضمور فى أنسجة المخ ؛ نظراً لضغط هذا السائل عليه ، وأحياناً مانلجأ لعملية جراحية لخفض هذا الضغط، ولكن غالباً مايصاب الطفل بتخلف عقلى شديد .



Hydrocephalus

استسقاء الدماغ

العته العائلي المظلم Amaurotic family idiocy

ويتميز بالعمى التدريجي والاضمحلال العقلى وضمور العصب البصرى ، مع شلل فى كل الجسم ، ينتهى بالوفاة فى سنوات بسيطة .

إضطرابات الأيض :

وهى اضطرابات التمثيل الغذائى فى الجسم ؛ مما يؤدى إلى ظهور أحماض أمينية فى البول توجهنا إلى طبيعة المرض . وأهمية هذه الأمراض أنه إذا اكتشفنا المرض فى أول الأمر ، نستطيع وقاية الطفل من القصور العقلى ، وبالتالى يمكن أن ينشأ فى حالة سوية ، أما إذا ترك دون علاج .. فإن قدراته العقلية تتدهور .

وأهم هذه الأمراض القصور العقلى الناتج عن حامض الفينيل بيروفيك Phenylpyruvic Oligophrenia ، ويمكن اكتشاف هذا الحامض فى الأسبوع الثالث بعد الولادة ، ويعتبر الكشف عن هذا الحامض فى بعض الدول المتحضرة أمراً روتينياً لكل الأطفال ، وكذلك زيادة الجالاكتوز فى الدم ونقص السكر الوراثى فى الدم Galactosaemia، وإذا أعطى الطفل طعاماً خالياً من هذه الأحماض فى الشهور الأولى ، فقد ينمو نمواً عادياً ، ونستطيع تصور أهمية التشخيص المبكر.

أما مرض القصاع أو القماءة Cretinism وهو نقص إفراز الغدة الدرقية ، فتظهر أعراضه بعد الشهر السادس من الولادة بعد اختفاء الثيروكسين المختزن من الأم ، ويصاب الطفل بالهبوط الحركى ، وغلظة جفاف الجلد ، وتضخم اللسان ، وتخشن الصوت وجحوظ البطن وسقوط الشعر ، مع تخلف عقلى شديد .

وإن عولج الطفل فى السنة الأولى ، يشفى من كل هذه الأعراض ، وينمو نمواً سوياً ، أما إذا تخلف العلاج إلى مابعد هذه الفترة .. فإن الأعراض الجسمية تتحسن ، ولكن يستمر القصور العقلى .



Cretinism

القصاع أو القماءة



Cretinism

القصاع أو القماءة



القماءة (القصاع)

أما معظم حالات القصور العقلى الأولية ، فليس لها نمط إكلينيكى خاص ولاتوجد علامات مميزة فى الوجه والجسم ، تفرقها عن الشخص السوى ، وتسمى بالنقص العقلى غير المميز .

التخلف العقلي غير المميز :

هو أكثر أمراض القصور العقلى انتشاراً . وهنا لانجد أى علامات جسمية مميزة فى جسم الطفل ، ولكنه يعانى من التخلف ، الذى تتناوب شدته حسب الحالة .



غرقلية (Gargoylism)



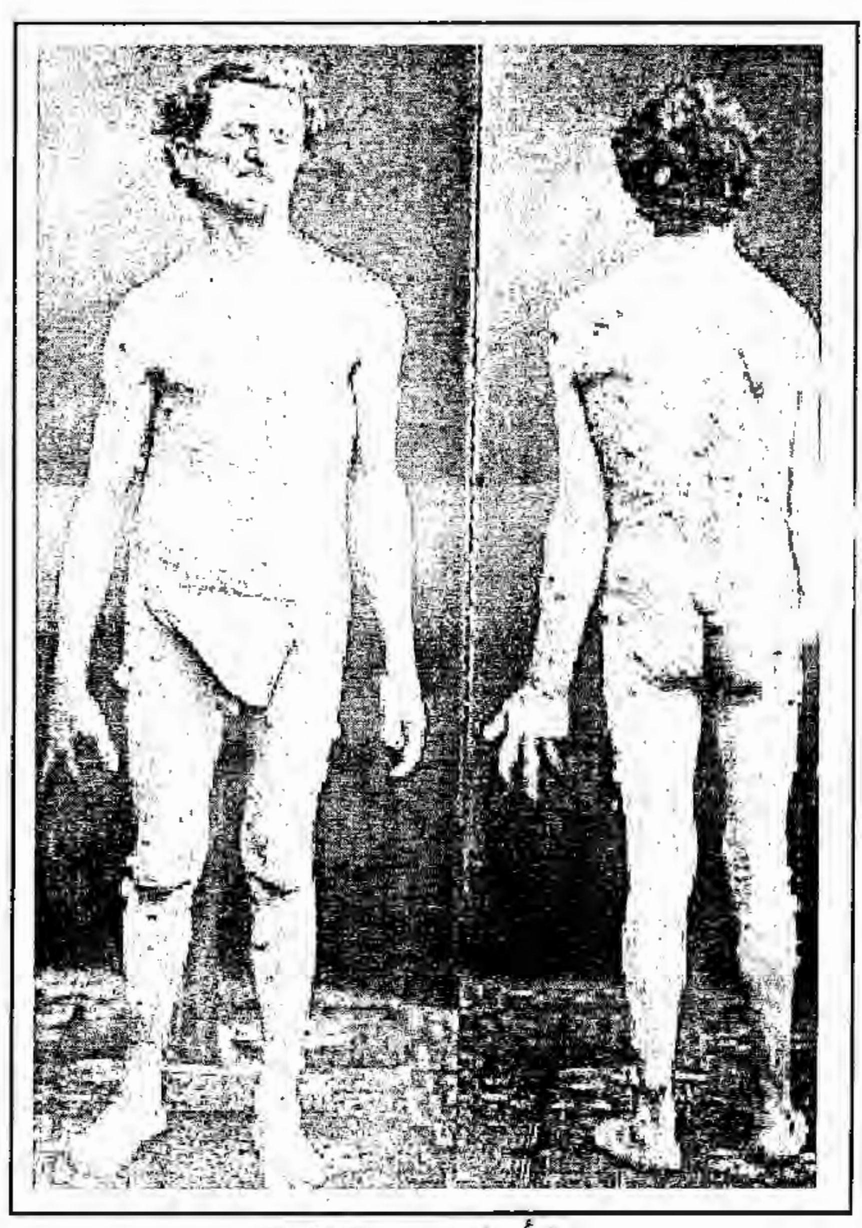
غرقلية (Gargoylism)





Hypertelorism

قصور عقلى غير مميز



داء الأورام العصبية الليفية
(Neurofibromatosis)



زملة سترج ويبر
(Sturge - Weber)
قصور عقلى مع وحمة دموية على الوجه

التخلف العقلي الثانوي لأمراض أخري :

(١) الأمراض المعدية :

(أ) الحصبة الألمانى :

إذا أصيبت الأم فى الثلاثة شهور الأولى من الحمل بهذا المرض ، يزيد تعرض الطفل للإصابة بالقصور العقلى ، والصمم والبكم وعلامات خلقية أخرى ، ولذا ينصح بالإجهاض فى مثل هذه الحالات .

(ب) الزهرى :

يؤدى الزهرى الوراثى من الأب أو الأم إلى علامات مختلفة فى الجهاز العصبى ، وظواهر مميزة فى الوجه والأسنان والأنف مع القصور العقلى .

(جـ) أمراض الأطفال المعدية :

مثل الحمى الشوكية والحمى المخية ، والالتهاب السحائى الدرنى ، وقد سبق الكلام عن ذلك .

(٢) نقص الأكسجين فى الدم :

كما يحدث فى الأطفال الذين يولدون قبل النضج الكامل ، وفى أمراض المشيمة وامتداد ساعات الولادة ؛ مما يعرض الطفل للاختناق والزرقة من نقص الأكسجين ، ويسبب ذلك عطباً دائماً فى المخ .

(٣) الأذى الجسمى :

كالتعرض لإشعاعات أثناء الحمل أو ضربات عنيفة على الجمجمة أو إصابة الطفل بالسعال الديكى والسعال المستمر أو اضطرابات بين دم الطفل والأم .

(٤) النقص الغذائى أو الفيتامينات :

وخاصة أمراض الغدد الصماء ، ونقص فيتامين ب المركب .

(٥) العزلة الاجتماعية :

تنتج هذه العزلة من تلف الحواس الخاصة كالعمى ، والصمم ، والبكم ؛ مما يؤدى إلى انعزال الطفل ، وعدم اكتسابه للمعرفة لعدم قدرته على التجاوب الحسى مع الناس ، ومن ثم يصاب بالقصور العقلى الناتج عن هذه العزلة الاجتماعية .

علاج التخلف العقلي :

إن علاج النقص العقلى فى مصر متخلف إلى حد كبير ، فلا توجد المعاهد والمؤسسات الخاصة بمختلف معدلات الذكاء ، وإن وجد البعض ، وهى مدارس التربية الفكرية التابعة لوزارة التربية والتعليم ، ووزارة الشئون الاجتماعية ، فإن هذه المدارس لاتفى بالأعداد الضخمة من حالات التخلف العقلى . فإذا كانت النسبة تتراوح ما بين ١ - ٣٪ فهذا يعنى حوالى ثلاثة ملايين متخلف بين الثمانين مليون ، والحقيقة أن العمل فى الريف والحقل يحمى هؤلاء المتخلفين ، حيث لايطلب منهم سوى الأعمال البسيطة ، ولكن يتضح نقصهم عندما يبدأون التعليم ، ولايستطيعون مواصلة الدراسة فى المدارس العادية ، ومن ثم يواجه الآباء مشكلة تأهيل هؤلاء الأطفال ؛ خاصة هؤلاء الذين يتراوح ذكاؤهم فى الحد الفاصل بين الذكاء والغباء أى ٨٠-٩٠ .

ويجب قبل البدء فى العلاج أن يتم الفحص الجسمى الإكلينيكى التام ، مع الفحوصات اللازمة فى الدم والبول ، والسائل الشوكى ، والإشاعات ورسم وتصوير

المخ ، ثم اختبارات الذكاء المتخصصة لمعرفة المعدل ، ولو أن ذلك يتضح تقريباً من الفحص الإكلينيكى .

وكما ذكرنا سابقاً .. توجد بعض أمراض القصور العقلى القابلة للشفاء ؛ خاصة إذا تمكنّا من التشخيص المبكر لهذه الحالات ، مثل : قصور حامض الفينيل بيروفيك ، وزيادة الجالاكتوز فى الدم ، ونقص السكر فى الدم والقصاع ، وذلك بالامتناع عن بعض الأطعمة ، التى تزيد من نسبة الأحماض المرضية ، وفى القصاع بإعطاء خلاصة الغدة الدرقية .

وعادة لانحتاج للجراحة إلا فى حالات استسقاء الدماغ ، لتقليل الضغط داخل الجمجمة .

ولاتوجد عقاقير خاصة ترفع من نسبة الذكاء ، فحامض الجلوتاميك ليس له تأثير مباشر على الخلايا العصبية ، أما العقار انسفابول فهو منبه للعمليات الغذائية فى الخلية العصبية ، وينبه الخلية لأقصى مداها وكذلك التوتروبيل ، والهيدروجين ، والكافتتون والتى تعمل من خلال زيادة الأكسجين والجلوكوز فى الخلية العصبية .

ويتم علاج القصور العقلى بعد إقناع الوالدين بتخلف ابنهما ، وعادة لايقبل الوالدان هذه النتيجة ، ويصران على ذكاء طفلهما رغم كل البراهين . وبعد الاقتناع يجب تأهيل الطفل فى المعاهد الخاصة بالمتخلفين ؛ حتى يتمكن من استغلال كل قدراته الذكائية ، وهناك تتم المحاولات لتمرينه على العادات الاجتماعية اللائقة ، والسلوك السوى والأعمال الروتينية البسيطة والحرف اليدوية التى لاتحتاج لمهارة فائقة .

وإذا كان ذكاؤه قريباً من الحد الفاصل .. فلامانع من تمرينه على بعض القراءة والكتابة والحساب ، ولو أنه عادة مايكون ذلك عسيراً بعض الشيء ويستحسن تعليمه التحلى بالنظم الدينية المتبعة ، ويجب أن يواصل أهله رؤيته خاصة فى نهاية الأسبوع ، وألا يفقدوا الأمل ، لأن الغرض من إنجاب الأطفال هو إسعادهم ، وليس إرضاء العائلة ، وعادة مايكون هؤلاء الأطفال قانعين سعداء بأعمالهم البسيطة ، وإنجازاتهم القليلة ؛ خاصة إذا وجدوا التشجيع الكافى وعوملوا حسب قدراتهم الذكائية وفى البيئة المناسبة .

وأحياناً مانواجه قدرات استثنائية فى ناقصي العقول ، فالعلماء المعتوهون هم متخلفو العقول ، الذين يمتلكون قدرات شاذة فى الموسيقى ، أو الرياضة أو المهارات

الميكانيكية التى تفوق الأذكياء ، وكذلك الفلتات الحسابية فى هؤلاء الذين يجمعون أو يضربون أو يقسمون أى عدد، دون إلمام بالقراءة والكتابة . وعلى الرغم من قصورهم العقلى الشديد ، ويحدث عكس ذلك فى بعض الأطفال الأسوياء ذوى الذكاء العادى ، ولكنهم لايمتلكون القدرة على القراءة والكتابة ، على الرغم من ذكائهم فى كل نواحى السلوك المختلفة .. فهنا يميل البعض إلى تشخيصهم بالقصور العقلى ، ولكن بالتعليم المتخصص يمكن الوصول لدرجة عالية من التوافق الاجتماعى ، بل وتعلم القراءة والكتابة ، ويسمى ذلك بعسر القراءة الارتقائى Dyslexia .

ولهذه الأسباب ، يجب الحرص والعناية بالفحص الإكلينيكى الدقيق ، والأبحاث اللازمة قبل الجزم بتشخيص القصور العقلى .



طب الطب النفسي للأطفال
أمراض الطفل العصابية والذهانية

يختلف الطب النفسي في الطفل عنه في الكبار ؛ نظراً لصعوبة فحص الطفل إكلينيكياً بالطرق المعروفة خاصة بالمحادثة ، فغالباً مايقاوم الطفل أي محاولة لمعرفته ويعترض علي تدخل الناس في عالمه الخاص .

F89-F80
اضطرابات النماء النفسى
Disorders of psychological development

F80	**الاضطرابات النمائية النوعية فى الكلام واللغة**	**Specific developmental disorders of speech and language**
F80.0	الاضطراب النوعى فى التلفظ بالكلام	Specific speech articulation disorder
F80.1	الاضطراب اللغوى التعبيرى	Expressive language disorder
F80.2	الاضطراب اللغوى الاستقبالى	Receptive language disorder
F80.3	الحبسة المكتسبة المصحوبة بالصرع (متلازمة لاندو – كليفنر)	Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner syndrome]
F80.8	الاضطرابات النمائية الأخرى فى الكلام واللغة	Other developmental disorders of speech and language
F80.9	اضطراب نمائى فى الكلام واللغة، غير معين	Development disorder of speech and language, unspecified
F81	**الاضطرابات النمائية النوعية فى المهارات الدراسية**	**Specific developmental disorders of scholastic skills**
F81.0	الاضطراب النوعى فى القراءة	Specific reading disorder
F81.1	الاضطراب النوعى فى التهجئة	Specific spelling disorder
F81.2	الاضطراب النوعى فى المهارات الحسابية	Specific disorder of arithmetical skills
F81.3	الاضطراب المختلط فى المهارات الدراسية	Mixed disorder of scholastic skills
F81.8	الاضطرابات النمائية الأخرى فى المهارات الدراسية	Other developmental disorders of scholastic skills
F81.9	اضطراب نمائى فى المهارات الدراسية، غير معين	Developmental disorder of scholastic skills, unspecified
F82	**الاضطراب النمائى النوعى فى الوظائف الحركية**	**Specific developmental disorder of motor function**
F83	**الاضطرابات النمائية النوعية المختلطة**	**Mixed specific developmental disorders**
F84	**الاضطرابات النمائية المنتشرة**	**Pervasive developmental disorders**
F84.0	ذاتوية الطفولة	Childhood autism

F84.1	الذاتوية اللانموذجية	Atypical autism
F84.2	متلازمة ريت	Rett's syndrome
F84.3	اضطراب تفككي آخر في الطفولة	Other childhood disintegrative disorder
F84.4	اضطراب النشاط المفرط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطية	Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements
F48.5	متلازمة أسبرجر	Asperger's syndrome
F84.8	الاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى	Other pervasive developmental disorders
F84.9	اضطراب نمائي منتشر، غير معين	Pervasive developmental disorder, unspecified.
F88	**الاضطرابات الأخرى في النماء النفسي**	**Other disorders of psychological development**
F89	**اضطراب غير معين في النماء النفسي**	**Unspecified disorder of psychological development**

F98-F90

الاضطرابات السلوكية والانفعالية التى تبدأ عادة فى الطفولة والمراهقة

Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

Code	العربية	English
F90	**اضطرابات فرط الحركة**	**Hyperkinetic disorders**
F90.0	اضطراب النشاط والانتباه	Disturbance of activity and attention
F90.1	اضطراب التصرف مفرط الحركة	Hyperkinetic conduct disorder
F90.8	اضطرابات فرط الحركة الأخرى	Other hyperkinetic disorders
F90.9	اضطراب فرط الحركة، غير معين	Hyperkinetic disorder, unspecified
F91	**اضطرابات التصرف**	**Conduct disorders**
F91.0	اضطراب التصرف المقتصر على إطار العائلة	Conduct disorder confined to the family context
F91.1	اضطراب التصرف غير المتوافق اجتماعياً	Unsocialized condnct disorder
F91.2	اضطراب التصرف المتوافق اجتماعياً	Socialized conduct disorder
F91.3	اضطراب التحدى المعارض	Oppositional defiant disorder
F91.8	اضطرابات التصرف الأخرى	Other conduct disorders
F91.9	اضطراب التصرف، غير المعين	Conduct disorder, unspecified
F92	**الاضطرابات المختلطة فى التصرف وفى الانفعالات**	**Mixed disorders of conduct and emotions**
F92.0	اضطراب التصرف الاكتئابى	Depressive conduct disorder
F92.8	اضطرابات مختلطة أخرى فى التصرف وفى الانفعالات	Other mixed disorders of conduct and emotions
F92.9	اضطراب مختلط فى التصرف وفى الانفعالات، غير معين	Mixed disorder of conduct and emotions, unspecified
F93	الاضطرابات الانفعالية ذات البدء النوعى فى الطفولة	**Emotional disorders with onset specific to childhood**
F93.0	اضطراب قلق الانفصال فى الطفولة	Separation anxiety disorder of childhood
F93.1	اضطراب القلق الرهابى فى الطفولة	Phobic anxiety disorder of childhood
F93.2	اضطراب قلق الانفصال فى الطفولة	Social anxiety disorder of childhood
F93.3	الاضطراب الناجم عن تنافس الأشقاء	Sibling rivalry disorder

F93.8	اضطرابات انفعالية أخرى فى الطفولة	Other childhood emotional disorders
F93.9	اضطراب انفعالى فى الطفولة، غير معين	Childhood emotional disorder. unspecified
F94	**اضطرابات الأداء الاجتماعى ذات البدء النوعى فى الطفولة والمراهقة**	**Disorders of social functioning with onset specific to childhood**
F94.0	الصمات (الخرس) الانتقائى	Elective mutism
F94.1	اضطراب التعلق التفاعلى فى الطفولة	Reactive attachment disorder of childhood
F94.2	اضطراب التعلق غير المثبط فى الطفولة	Disinhibited attachment disorder of childhood
F94.8	اضطرابات أخرى فى الأداء الاجتماعى فى الطفولة	Other childhood disorders of social functioning
F94.9	اضطرابات فى الأداء الاجتماعى فى الطفولة، غير معينة	Childhood disorders of social functioning, unspecified
F95	**اضطرابات العرات**	**Tic disorders**
F95.0	اضطراب العرة العابرة	Transient tic disorder
F95.1	اضطراب العرة الحركية أو الصوتية المزمنة	Chronic motor or vocal tic disorder
F95.2	اضطراب العرة الصوتية والحركية المتعددة المشتركة (متلازمة توريت)	Combined vocal and multiple motor tic disorder [de la Tourette's syndrome]
F95.8	اضطرابات عرة أخرى	Other tic disorders
F95.9	اضطراب عرة ، غير معين	Tic disorder, unspecified
F98	**اضطرابات سلوكية وانفعالية أخرى تبدأ عادة فى سن الطفولة والمراهقة**	**Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence**
F98.0	سلس البول (التبول اللاارادى) غير العضوى المنشأ	Nonorganic enuresis
F98.1	سلس التبرز (التبرز اللاارادى) غير العضوى المنشأ	Nonorganic encopresis
F98.2	اضطراب الإطعام فى سن الرضاعة والطفولة	Feeding disorder of infancy and childhood
F98.3	القطا (اشتهاء أكل مواد غير غذائية) فى الطفولة وسن الرضاعة	Pica of infancy and childhood

F98.4	اضطرابات الحركة النمطية	Stereotyped movement disorders
F98.5	التأتأة	Stuttering [stammering]
F98.6	الهذرمة (سرعة الكلام)	Cluttering
F98.8	اضطرابات سلوكية وانفعالية معينة أخرى تبدأ عادة فى سن الطفولة والمراهقة	Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence
F98.9	اضطرابات سلوكية وانفعالية غير معينة تبدأ عادة فى سن الطفولة والمراهقة	Unspecified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence
F99	**اضطراب نفسى غير معين**	**Unspecified mental disorder**
F99	اضطراب نفسى، لم يتم تعيينه فى موضع آخر	Mental disorder, not otherwise specified

يختلف الطب النفسي في الطفل عنه في الكبار ؛ نظراً لصعوبة فحص الطفل إكلينيكياً بالطرق المعروفة خاصة بالمحادثة ، فغالباً مايقاوم الطفل أي محاولة لمعرفته ويعترض علي تدخل الناس في عالمه الخاص .

أصبحت دراسة نفسية الطفل موضعاً لأبحاث تخصصية ، بل وبدأ البعض يعتقد أنه أهم فروع الطب النفسى ؛ نظراً لأنهم يعتقدون أن مصدر الأمراض النفسية والعقلية عند الكبار صدمات نفسية أثناء الطفولة ، وتفاعل بين الطفل وبيئته ، وأنه لو استطعنا تحسين علاقة الطفل بالمجتمع ، واعتنينا بالرعاية النفسية السوية أثناء الطفولة .. لنشأ عندنا جيل خال من العصاب والذهان واضطراب الشخصية ، ولو أن تحقيق هذا الهدف صعب المنال .

ويختلف الطب النفسى فى الطفل عنه فى الكبار ؛ نظراً لصعوبة فحص الطفل إكلينيكياً بالطرق المعروفة خاصة بالمحادثة ، فغالباً مايقاوم الطفل أى محاولة لمعرفته ويعترض على تدخل الناس فى عالمه الخاص .

وعلى الطبيب استعمال طرق أخرى غير المحادثة ؛ للوصول إلى بعض المعرفة لصراعات الطفل ، ومنها مشاهدته وملاحظته أثناء تأمله واستغراقه فى أنواع اللعب المختلفة . ويجب على الطبيب محاولة التكلم مع أى طفل يزيد عمره عن ست سنوات، وهنا يعتمد فى فحصه لعقل الطفل على عوامل غير مباشرة كالحديث عن أحلامه ومخاوفه ومحتوى تفكيره ، أما التاريخ الموضوعى للمرض أو للعائلة أو الصراعات الناشئة فيجب أخذها من الوالدين أو الأقرباء .

ولقد أثبت أطباء النفس أنه لكى ينشأ الطفل فى صحة نفسية وعقلية سوية ، فيجب أن تظلل حياته علاقة دائمة ، دافئة ، وطيدة ، مستمرة مع الأم ، يتمتع كلاهما أثناءها بالرضا والسعادة والبهجة .

ولقد رأينا من التجارب الإكلينيكية أن الجزء الغالب من مرضى النفوس

والعقول قد فقدوا أمهاتهم قبل سن الخامسة ، إما بالوفاة أو الانفصال أو المرض .. إلخ، كذلك تزيد نسبة غياب الأم الحقيقية ، وكثيراً ماتؤدى مشاحنات الوالدين ونفورهم المستمر وخلافاتهم الدائمة إلى عدم الاستقرار والأمن فى الطفل .

وغالباً مانشاهد الأم التعسة فى زواجها تتقرب إلى طفلها بمبالغة شديدة ، تعويضاً عن تعاستها الزوجية ، وتبنى معه ارتباطاً وثيقاً يحمى كل انفعالاتها المكبوتة، مما يجعل الطفل دائم الارتباط والالتصاق بوالدته حتى بعد نضجه ، ومن ثم ينشأ ذا شخصية عاجزة اعتمادية ، قابلة للإيحاء ... الخ .

وتؤمن نظرية التحليل النفسى بأن رضاعة الطفل من ثدى أمه تعطيه نوعاً من التفاؤل والأمل والتوقع السعيد فى مستقبله ، أما الذين يعتمدون على اللبن الصناعى .. فيكونون عرضة للتشاؤم وعدم الاستقرار ، والشك الدائم .

ويعتقد كثير من العلماء فى تأثير تنظيم عمليتى التبول والتبرز فى الطفل ، فإن قست واشتدت الأم على طفلها للتحكم فى هذه العمليات مبكراً وحرمانه من هذه المرحلة واللذة المصاحبة لها ، نشأ الطفل بشخصية وسواسة قهرية متشائمة على درجة كبيرة من النقد الذاتى ، بمقارنته بالذين يتركون أطفالهم فى حرية تامة ، دون أى تحفظ أو تنظيم لعمليتى التبول والتبرز حتى سن متأخرة ، فينشأ هؤلاء الأطفال مستهترين ، ولايهتمون بالمواعيد والتفصيلات ، سطحيين فى نظرتهم للأمور ، متواكلين فى تصرفاتهم ، ونجد ذلك واضحاً فى طبيعة المصريين ؛ خاصة فى ريفنا وفى مداومتهم على بعض الكلمات (معلهش) (على كيفك) (علشان خاطرى) ... إلخ.

تصنيف الاضطرابات الانمائية والنفسية والسلوكية في الأطفال :

(I) اضطرابات النماء النفسى :

(أ) اضطرابات إنمائية معينة فى الكلام واللغة :

(١) اضطراب اللغة التعبيرية .

(٢) اضطراب اللغة الاستقبالية .

(٣) الحبسة المكتسبة مع الصرع (زملة لاندو – كليفنر) .

(٤) اضطرابات إنمائية أخرى وغير محددة .

(ب) اضطرابات إنمائية محددة في المهارات الدراسية :

(١) اضطراب القراءة المحدد .

(٢) اضطراب الهجاء المحدد .

(٣) اضطراب محدد فى المهارات الحسابية .

(٤) اضطراب مختلط فى المهارات الدراسية .

(جـ) الاضطراب الإنمائى المحدد بوظيفة الحركة .

(د) اضطرابات إنمائية مختلطة محددة .

(هـ) اضطرابات انمائية منتشرة :

(١) الذاتوية الطفلية .

(٢) الذاتوية اللانمطية .

(٣) زملة رت .

(٤) اضطراب طفولى تحللى آخر .

(٥) اضطراب فرط النشاط المصحوب بتخلف عقلى وحركات نمطية .

(٦) زملة إسبرجر .

(II) اضطرابات سلوكية وانفعالية ذات البداية المتعلقة بالطفولة أو المراهقة :

(١) اضطراب فرط الحركة :

(٢) اضطراب المسلك (الجناح) :

(أ) اضطراب المسلك المحدد فى إطار العائلة .

(ب) اضطراب المسلك غير المتوافق اجتماعياً .

(جـ) اضطراب المسلك المتوافق اجتماعياً .

(د) اضطراب المعارضة والتحدى .

(هـ) اضطرابات مسلك أخرى وغير محددة .

(٣) الاضطرابات المختلطة فى المسلك والانفعالات :

(أ) اضطراب المسلك الاكتئابى .

(ب) اضطرابات مختلط آخر فى المسلك والانفعالات .

(جـ) اضطراب مختلط غير محدد .

(٤) اضطرابات انفعالية ذات البداية المحددة فى الطفولة :

(أ) اضطراب قلق الانفصال فى الأطفال .

(ب) اضطراب القلق الرهابى .

(جـ) اضطراب القلق الاجتماعى .

(د) اضطراب تنافس الأخوة .

(هـ) اضطراب انفعالى آخر وغير محدد .

(٥) اضطرابات الأداء الاجتماعى ذات البداية المحددة فى الطفولة أو المراهقة :

(أ) الخرس أو الصمت الاختيارى .

(ب) اضطراب القلق التفاعلى .

(جـ) اضطراب القلق المنفلت (المنطلق) .

(د) اضطراب الأداء الاجتماعى آخر وغير محدد .

(٦) اضطراب اللوازم :

(أ) اضطراب اللوازم العابر .

(ب) اضطراب اللوازم الحركى أو الصوتى المزمن .

(جـ) اللوازم الحركية والصوتية المتعددة المشتركة (زملة توريت) .

(د) اضطراب لوازم أخرى وغير محددة .

(٧) اضطرابات أخرى فى السلوك والمشاعر ، تبدأ عادة أثناء الطفولة والمراهقة :

(أ) التبول اللاإرادى غير العضوى (سلسل البول) .

(ب) التبرز اللاإرادى غير العضوى (سلس البراز) .

(جـ) اضطراب الأكل فى البداءة والطفولة المبكرة .

(د) الوحم للطعام غير المغذى .

(هـ) اضطراب الحركة النمطية .

(و) التمتمة .

(ز) القلقلة .

وينطبق على الأطفال كل تشخيصات الكبار ، إذا توافرت المعايير الخاصة بالاضطرابات فيحتمل إصابة الطفل بالقلق العام ، والهلع ، والوسواس القهرى ، والاكتئاب والهوس والفصام والاضطرابات الانشقاقية والتحولية ، وكذلك كل الأعراض السريرية فى الذهان العضوى السابق شرحه .

ولذا .. يقتصر هذا الفصل على الاضطرابات التى تحدث فقط فى الطفولة والمراهقة ، ولاتحدث فى الناضجين بعكس الفصول السابقة الخاصة بالكبار ، والتى يحتمل أن تصيب الأطفال .

اضطرابات النماء (الارتقاء) النفسي

Disorders of Psychological Development

تشترك الاضطرابات المتضمنة فى هذا الفصل فى الآتى :

(١) تبدأ دائماً فى الرضاعة أو الطفولة .

(٢) خلل أو تأخر فى ارتقاء وظائف ، ترتبط بشدة بالنضوج الحيوى (البيولوجى) للجهاز العصبى المركزى .

(٣) مسار ثابت لايتضمن فترات تحسن ، وانتكاسات تتضمن الوظائف المصابة ، مثل اللغة والمهارات البصرية الفراغية (Visio - spatial Skills) أو التناسق الحركى. ويتضمن التاريخ المرضى تأخراً أو اضطراباً ، يرجع وجوده إلى وقت مبكر ، يمكن عنده اكتشاف الخلل بدرجة يعتمد عليها ويقل بشكل مضطرد ، كلما تقدم الأطفال فى السن (وإن كان من الممكن أن تستمر بعض الاختلالات الخفيفة فى الحياة البالغة) .

وعلى الرغم من وجود اتفاق عام جيد بشأن المفهوم وراء الاضطرابات فى هذا الجزء .. إلا أن السبب غير معروف فى أغلب الحالات ، كما أن هناك زعزعة مستمرة حول الحدود والتقسيمات الدقيقة للاضطرابات الارتقائية .

كذلك .. هناك نوعان من الحالات ، قد أدرجا فى هذا الجزء ، ولكنهما لايستوفيان تماماً السمات النظرية المذكورة أعلاه ، فهناك أولاً ، الاضطرابات التى كان فيها مرحلة لاشك فيها من الارتقاء الطبيعى ، مثل الاضطراب التفسخى فى الطفولة ، وزملة لانداو-كليفنر ، وبعض حالات الذاتوية .

وقد أدرجت هذه الحالات لأنها على الرغم من بداياتها المختلفة .. إلا أن خصائصها ومسارها تتشابه كثيراً مع مجموعة الاضطرابات الارتقائية . وفوق ذلك.. فإنه من غير المعروف ، ما إذا كانت أسبابها مختلفة أم لا ، وهناك .. ثانياً الاضطرابات المعرفية ، باعتبارها انحرافاً أكثر منها ، تأخراً فى الوظائف الارتقائية ، وينطبق هذا خاصة على الذاتوية .

لقد أدرجت الاضطرابات الذاتوية فى هذا الجزء لأنها – بالإضافة إلى تعريفها باعتبارها – انحراف يحتوى دائماً على درجة ما من التأخر الارتقائى ، فإنها كذلك تتوازى مع الاضطرابات الارتقائية الأخرى ، سواء فيما يتعلق بسمات الحالات المنفردة، أو بمجموعات الأعراض المألوفة فى كل منها .

(١) اضطرابات ارتقائية (إنمائية) معينة فى الكلام واللغة

Specific Developmental Disorders of Speech and Language.

هى اضطرابات تختل فيها الأنماط الطبيعية لاكتساب اللغة بداية من المراحل المبكرة فى الارتقاء ، ولايمكن إرجاع الحالات إلى اختلالات فى الآليات العصبية أو آليات الكلام مباشرة ، أو إلى اختلالات حسية ، أو تخلف عقلى أو عوامل بيئية . وقد يكون الطفل أقدر على التفاهم أو الفهم فى بعض المواقف السمعية المألوفة جداً عن مواقف أخرى ، ولكن القدرة اللغوية تكون مختلة فى كل الأحوال .

تكمن الصعوبة الأولى فى التشخيص – كما هو الحال فى الاضطرابات الإرتقائية الأخرى – فى تمييز الحالة عن التباينات الطبيعية فى الارتقاء ؛ فالأطفال الطبيعيون يختلفون كثيراً فى العمر الذى يبدأون عنده فى اكتساب اللغة المنطوقة ، وفى السرعة التى تستقر فيها المهارات اللغوية جيداً .

هذه التباينات الطبيعية فى توقيت اكتساب اللغة ليس لها دلالة أو لها دلالة إكلينيكية ضئيلة ؛ حيث إن الأغلبية العظمى من المتباطئين فى الكلام يستكملون ارتقاءهم بشكل طبيعى ، وكذلك يعانى الأطفال ذوو الاضطرابات الارتقائية المعينة فى الكلام واللغة من مشاكل مصاحبة متعددة ، على الرغم من أنهم يصلون فى النهاية إلى مستوى طبيعى فى المهارات اللغوية . إلا أن تأخر اللغة كثيراً ما تليه صعوبات فى القراءة والهجاء واضطرابات فى العلاقات الشخصية واضطرابات عاطفية وسلوكية ، وبالتالى .. فإن التشخيص المبكر والدقيق لاضطرابات ارتقائية معينة فى الكلام واللغة هو أمر مهم .

ولا يوجد حد فاصل [illegible] بين طرفى الاختلاف الطبيعى ، ولكن هناك أربعة مؤشرات رئيسية مفيدة فى الإس[illegible]ى احتمال وجود اضطراب ذى مغزى إكلينيكى :

(١) درجة الشدة .

(٢) المسار .

(٣) النمط .

(٤) المشكلات المصاحبة .

يعتبر كل تأخر فى اللغة غير طبيعى إذا كان من الشدة بحيث يتجاوز حدود انحرافين معياريين، وأغلب الحالات التى تكون على هذه الدرجة من الشدة عادة ما

تصاحبها مشاكل أخرى ، ومع ذلك فإن التعبير عن درجة الشدة بالمصطلحات الإحصائية ليس ذا فائدة فى التشخيص فى حالة الأطفال الأكبر سناً؛ لوجود ميل طبيعى نحو التحسن المتزايد .

وفى هذه الحالة يوفر مسار الحالة مؤشراً مفيداً ، فإذا كان المستوى الحالى للاضطرابات خفيف الشدة – ولكن هناك مع ذلك تاريخ سابق لمستوى شديد من الاضطرابات – فالأرجح هو أن الأداء الحالى هو نتيجة اضطراب شديد أكثر منه مجرد تباين طبيعى .

كذلك يجب أن يوجه الانتباه إلى نمط الأداء الكلامى واللغوى ، فإذا كان النمط غير طبيعى (بمعنى أنه منحرف عن الطبيعى ، وليس مجرد نوع مناسب لمرحلة أكثر تقدماً من الارتقاء) ، أو إذا كان كلام الطفل أو لغته تتضمن سمات غير طبيعية كيفياً.. فإن الأرجح هو وجود اضطراب سريرى شديد ، كذلك إذا تصاحب التأخر فى جانب معين من الكلام أو اللغة مع أوجه عجز دراسى (مثل تأخر معين فى القراءة أو الهجاء) أو مع اضطرابات فى العلاقات الشخصية ، و/أو اضطرابات عاطفية أو سلوكية .. فمن غير المرجح أن يشكل التأخر مجرد تباين طبيعى .

الصعوبة الثانية فى التشخيص تتعلق بالتمييز عن التخلف العقلى أو التأخر الارتقائى العام ؛ ولأن الذكاء يتضمن مهارات لفظية .. فمن الأرجح أن يكون ارتقاء اللغة عند الطفل أقل من المتوسط ، إذا كانت نسبة ذكائه أقل من المتوسط ، وبالتالى لايجوز استخدام اضطراب ارتقائى ، عندما يكون التأخر فى اللغة مجرد جزء من تخلف عقلى شامل أو تأخر ارتقائى عام ، وإنما يستخدم عندئذ أحد رموز التخلف العقلى .

ومع ذلك .. فمن الشائع أن يكون التخلف العقلى مصحوباً بنمط غير منتظم من الأداء الفكرى ؛ خاصة بدرجة من الاضطراب فى اللغة ، تتجاوز فى شدتها درجة التخلف فى المهارات غير اللفظية .

حين يكون هذا الفرق شديداً بالدرجة التى تجعله واضحاً فى الأداء اليومى ، فإنه يجب أن يرمز إلى وجود اضطراب ارتقائى معين فى الكلام واللغة ، بالإضافة إلى أحد الرموز فى الجزء الخاص بالتخلف العقلى .

الصعوبة الثالثة تتعلق بالتمييز عن اضطراب ثانوى لصمم شديد أو لعيب عصبى معين أو أى عيب خلقى آخر ، سوف يؤدى الصمم الشديد فى الطفولة المبكرة

فى الواقع دائماً إلى تأخر وتشوه شديدين فى ارتقاء اللغة ، وهذه الحالات لايجوز إدراجها هنا ؛ لأنها نتيجة مباشرة لفقدان السمع ، ومع ذلك ، فليس من غير الشائع أن يصاحب الاضطرابات الارتقائية الشديدة فى اللغة الاستقبالية خلل جزئى وانتقائى فى السمع (خاصة بالنسبة للأصوات ذات الذبذبات العالية . والمتبع أن تستبعد هذه الاضطرابات من اضطرابات الارتقاء ، إذا كانت درجة فقدان السمع من الشدة بحيث تقدم تفسيراً كافياً لتأخر اللغة .

اضطراب نطق الكلام المحدد

Specific Speech Articulation Disorder

هو اضطراب ارتقائى محدد ، يقل فيه استخدام الطفل لأصوات الكلام أقل من المستوى المناسب لعمره العقلى ، ولكن مع وجود مستوى طبيعى من المهارات اللغوية .

والسن الذى تكتسب فيه أصوات الكلام ، والترتيب الذى ترتقى فيه إصدار هذه الأصوات ، يختلفان كثيراً من فرد إلى آخر ولكن يمكن فهم الطفل بسهولة من قبل الغرباء . وبحلول الست أو السبع سنوات ، تكتسب أغلب أصوات الكلام ، وعلى الرغم من أنه قد تستمر بعض الصعوبات الخاصة بتركيبات صوتية معينة ، إلا أنه لاينبغى أن تشكل هذه أى مشاكل فى التواصل .

وبحلول سن الحادية أو الثانية عشر ، ينبغى أن يكون الطفل متمكناً من كافة؛ الأصوات الكلامية تقريباً .



Specific Speech Articulation

اضطرابات نطق الكلام المحدد

ويحدث الارتقاء غير الطبيعى عندما يتأخر أو يشذ اكتساب الطفل لأصوات الكلام ؛ مما يؤدى إلى سوء نطق فى كلام الطفل ، يترتب عليه أن يجد الآخرون صعوبات فى فهم كلامه ، كما يؤدى إلى إسقاطات أو تشوهات أو استبدالات فى أصوات الكلام ، مع عدم انسجام فى تزامل الأصوات (بمعنى أن الطفل قد ينطق مقاطع صحيحة فى بعض كلمات ، وليس فى كلمات أخرى) .

يستخدم هذا التشخيص فقط ، حين تتجاوز شدة اضطراب النطق حدود الاختلافات الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلى ، ويكون الذكاء غير اللفظى فى النطاق الطبيعى ، وتكون مهارات اللغة التعبيرية والاستقبالية فى النطاق الطبيعى ، واختلالات النطق ليس مرجعها مباشرة إلى خلل حسى أو خلقى أو عصبى ، كما يكون سوء النطق غير طبيعى بشكل واضح ، فى إطار الاستخدام الدارج للغة فى بيئة الطفل .

(١) اضطراب اللغة التعبيرية (والبث اللغوى) عسر كلام أو حبسة ارتقائية :

Expressive Language Disorder

هو اضطراب ارتقائى محدد ، تقل فيه قدرة الطفل على استخدام اللغة المنطقية التعبيرية كثيراً عن المستوى المناسب بالنسبة لعمره العقلى ، ولكن مع بقاء فهم اللغة فى إطار الحدود الطبيعية ، وقد تصاحبه أو لاتصاحبه عيوب فى النطق .

وعلى الرغم من وجود اختلافات فردية كثيرة فى ارتقاء اللغة الطبيعى ، إلا أن عدم القدرة على تكوين جمل بسيطة من كلمتين عند عمر الثلاث سنوات ، يجب أن يعتبر علامات دالة على التأخر .

تتضمن الصعوبات التالية على ذلك :

إرتقاءً محدوداً فى حصيلة الكلمات ، والاستخدام المفرط لمجموعة صغيرة من الكلمات العمومية ، وصعوبات فى اختيار كلمات مناسبة أو كلمات بديلة مناسبة . وقصر فترات الكلام . وتكوين الجملة غير الناضج ، وأخطاء تركيبية ، وخاصة إسقاط نهايات أو بدايات الكلمات ، وسوء استخدام أو العجز عن استخدام الأشكال النحوية ، مثل: حروف الجر والضمائر وحروف التعريف وتبديلات الفعل والأسم .

كذلك قد يحدث تعميم خاطئ ومبالغ فيه فى قواعد الكلام ، بالإضافة إلى فقدان السلاسة فى الجمل ، وصعوبة فى ترتيب الأشياء عند الحديث عن أحداث سابقة .

ومن الشائع أن تصاحب الاختلالات فى اللغة المنطوقة تأخر ، أو اختلال فى إصدار الصوت المعبر عن الكلمة .

يجب أن يقتصر استخدام التشخيص على الحالات ، التى تتجاوز فيها درجة التأخر فى ارتقاء اللغة التعبيرية حدود التباينات الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلى، وتكون فيها مهارات اللغة الاستقبالية فى الحدود الطبيعية لعمر الطفل العقلى (على الرغم من أن اللغة الاستقبالية كثيراً ماتكون أقل من المتوسط بدرجة ما) .

كذلك يجب استخدام الإشارات غير اللفظية (كالابتسامات وإشارة اليد) واللغة الداخلية المنعكسة فى ألعاب الخيال أو تقليد الحقيقة ، استخداماً سليماً نسبياً .

كما يجب أن تكون القدرة على التواصل اجتماعياً دون كلمات نسبياً غير مختلة؛ فالطفل سوف يسعى إلى التواصل على الرغم من اختلال اللغة ، وسوف يميل إلى الاستعاضة عن فقدان الكلام ، باستخدام التمثيل أو إشارات اليد أو التقليد الصامت أو الأصوات غير الكلامية . ومع ذلك .. فإن الصعوبات المصاحبة فى العلاقات مع الأفراد والاضطراب العاطفى والسلوكى و/أو فرط النشاط وعدم الانتباه ليست ظواهر غير شائعة خاصة بين الأطفال فى سن المدرسة ، وقد يكون هناك أيضاً – فى قلة من الحالات – فقدان سمع جزئى (انتقائى فى أحوال كثيرة)، ولكنه لايجوز أن يكون بالشدة لتفسير تأخر اللغة .

كذلك .. فإن الاندماج غير الكافى فى المحادثات المتبادلة ، أو الفقر أو الحرمان البيئى العام ، قد يلعبان دوراً كبيراً أو مساهماً فى نشأة الارتقاء المختل فى اللغة التعبيرية . وعندما تكون هذه هى الحال ، يجب الإشارة إلى العامل البيئى المسبب ، ويجب أن يكون الاختلال فى اللغة الكلامية واضحاً منذ الطفولة المبكرة، دون أن تكون هناك مرحلة طويلة واضحة من الاستخدام الطبيعى للغة (ومع ذلك فليس من الشائع أن تبدأ القصة باستخدام يبدو طبيعياً لبضعة كلمات منفردة ، ثم يلى ذلك تدهور أو عجز عن التقدم) .

(٢) اضطراب اللغة الاستقبالية وحبسة «فرنيك» الاستقبالية

Receptive Language Disorder

هو اضطراب ارتقائى محدد ، يقل فيه فهم الطفل للغة عن المستوى المناسب لعمره العقلى . وفى كل الحالات تقريباً تختل بشدة أيضاً اللغة التعبيرية ، وتشيع العيوب فى إصدار الأصوات الكلامية .

مؤشرات تشخيصية :

الفشل فى الاستجابة للأسماء المألوفة فى غياب تلميحات غير لفظية بحلول عيد الميلاد الأول ، أو عدم القدرة على التعرف على بعض الأشياء المألوفة على الأقل عند عمر الثمانية عشر شهراً ، أو الفشل فى متابعة تعليمات بسيطة روتينية عند سن السنتين يجب أن تعتبر علامات دالة على التأخر ، والصعوبات الناتجة عن ذلك تتضمن : عدم القدرة على فهم التركيبات النحوية (النفى ، الأسئلة ، الأوامر.. إلخ) ، وعدم فهم الجوانب الأكثر دقة فى اللغة (نبرة الصوت ، الإشارة.. إلخ) ، ويتراوح انتشار هذا الاضطراب ما بين ٣–١٠ ٪ من أطفال المدارس .

يجب أن يقتصر التشخيص فقط على الحالات ، التى تتجاوز فيها درجة التأخر فى اللغة الاستقبالية حدود الاختلاف الطبيعى بالنسبة لعمر الطفل العقلى ، والتى لاتستوفى المعايير التشخيصية لاضطراب ارتقائى عام . وفى كل الحالات تقريباً ، يوجد كذلك تأخر شديد فى ارتقاء اللغة التعبيرية ، وتشيع العيوب فى إصدار الأصوات الكلامية . إن هذا الاضطراب هو أكثر أشكال الاضطرابات الارتقائية المعينة فى الكلام واللغة معدلاً فى ارتباطه باضطرابات اجتماعية وعاطفية وسلوكية ، ولاتأخذ هذه الاضطرابات أى شكل معين .

ولكن فرط النشاط وعدم الانتباه والحماقة والعزلة عن الأفراد والقلق والحساسية أو الخجل غير المبرر ، هى كلها أشكال كثيرة الحدوث نسبياً . قد يتأخر الأطفال المصابون بأشد أشكال اضطراب اللغة الاستقبالية بدرجة ما فى ارتقائهم الاجتماعى ، وقد يرددون لغة لايفهمونها كما يظهرون أنماطاً محدودة بدرجة ما من الاهتمامات ، ولكنهم يختلفون عن الأطفال الذاتويين فى أنهم عادة مايظهرون تعاملاً اجتماعياً طبيعياً ، ويمارسون ألعاب محاكاة الواقع ، ويلجأون إلى الأهل للراحة بشكل طبيعى ، ويستخدمون الإشارة بشكل قريب للطبيعى ، كما يظهرون اختلالات بسيطة فقط فى التواصل غير اللفظى .

وليس من غير الشائع أن تكون هناك درجة ما من فقدان السمع للأصوات العالية ، ولكن درجة الصمم ليست كافية لتفسير اضطراب اللغة .

(٣) الحبسة المكتسبة مع الصرع (زملة لانداو كليفنر) :

Acquired Aphasia with Epilepsy (Landau-Kleffner Syndrome)

هو اضطراب يفقد فيه الطفل كلاً من مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية ، بعد

أن يكون قد سبق له أن أنجز تقدماً طبيعياً فى ارتقاء اللغة ، ولكن مع احتفاظه بالذكاء العام . وتصاحب بداية الاضطراب نوبات شاذة فى رسم المخ الكهربائى (مصدرها دائماً تقريباً الفص الصدغى ، عادة على الجانبين ، ولكن تكون فى كثير من الأحيان مع خلل أوسع انتشاراً) . وفى أغلب الحالات أيضاً نوبات صرعية . البداية النمطية تحدث بين عمرى ثلاث وسبع سنوات ، ولكنها قد تبدأ قبل أو بعد ذلك فى الطفولة ، ويحدث فقدان اللغة بشكل تدريجى ، خلال بضعة شهور فى ربع الحالات . ولكن فى أكثر الحالات تكون البداية مفاجئة ، وتفقد المهارات فى أيام أو أسابيع .

تختلف العلاقة الزمنية بين بداية النوبات الصرعية وبداية فقدان اللغة كثيراً؛ إذ يسبق أى منهما الآخر بفترة تتراوح ما بين بضعة شهور وعامين ، ومن المميز جداً أن يكون الخلل فى اللغة جسيماً ، وتكون بداية مظاهر الحالة عادة هى صعوبات فى الفهم السمعى ؛ فيصاب بعض الأطفال بالخرس ، ويقتصر آخرون على إصدار أصوات لامعنى لها ، فى حين أن البعض الآخر يظهر عيوباً أخف شدة فى إخراج وسلاسة الكلمة ، ويصاحبها فى كثير من الأحيان سوء فى النطق .

وفى قلة من الحالات ، تتأثر نوعية الصوت فيفقد ترنيماته الطبيعية ، وفى بعض الأحيان تبدو وظائف اللغة متذبذبة فى المراحل الأولى ، وتشيع الاضطرابات السلوكية والعاطفية فى الشهور الأولى التالية لفقدان اللغة ، ولكنها تميل إلى التحسن عندما يكتسب الطفل بعض وسائل التواصل مع الآخرين ، وسبب الحالة غير معروف، وإن كانت الخصائص الإكلينيكية تشير إلى احتمال وجود التهاب دماغى ، ويختلف مسار الحالة كثيراً ، فحوالى خمسى الأطفال يظلون يعانون من عيب شديد فى اللغة الاستقبالية ، فى حين يشفى الثلث تماماً .

(٤) اضطرابات ارتقائية (إنمائية) أخرى فى الكلام أو اللغة :

Other Developmental Disorders of Speech and Language

ويتضمن : اللثغة (التلعثم) :

(٥) اضطرابات ارتقائية (إنمائية) محددة فى المهارات الدراسية :

Specific Developmental Disorders of scholastic skills.

توازى الفكرة العامة وراء الاضطرابات الارتقائية المعينة فى المهارات الدراسية مباشرة الفكرة العامة وراء الاضطرابات الارتقائية المعينة فى الكلام واللغة ، كما تنطبق عليها نقاط التعريف نفسها والقياسات الأساسية ؛ فهى اضطرابات تتميز

باختلال ليس مجرد نتيجة لغياب فرصة التعلم ، كما أنه ليس نتيجة لأى شكل من أشكال الإصابات أو أمراض المخ المكتسبة ، ولكنه يرجح أن يكون أصله فى اضطرابات العملية المعرفية ، والتى غالباً ماتكون نتيجة لشكل من أشكال الاضطراب الوظيفى البيولوجى ، وتشيع هذه الحالة أكثر بين الأولاد ، مثلها مثل أغلب الاضطرابات الارتقائية الأخرى .

هناك خمس صعوبات تبرز عند التشخيص ، نوردها فيما يلى :

أولاً :

هناك الحاجة إلى تمييز هذه الاضطرابات عن الاختلافات الطبيعية فى الإنجاز الدراسى ، والنقاط الواجب مراعاتها هنا هى النقاط نفسها المذكورة سابقاً مع اضطرابات اللغة ، كما تطبق المعايير ذاتها ؛ لقياس الخلل (مع التعديلات الضرورية، التى تبرز عند التحول من اللغة إلى المهارات الدراسية) .

ثانياً :

هناك الحاجة إلى أن يوضع مسار الارتقاء فى الاعتبار ، وهى نقطة مهمة لسببين مختلفين :

(١) الشدة ، بمعنى أن تأخر سنة فى القراءة عند سن ٧ سنوات ، يكتسب معنى مختلفاً تماماً عنه ، حين يكون تأخر السنة عند سن ١٤ سنة .

(٢) تغير النمو ، بمعنى أنه من الشائع أن يتحسن تأخر اللغة فى السنوات السابقة على الدراسة ، فلاتصبح هناك مشكلات خاصة باللغة ، ولكن يليها تأخر معين فى القراءة ، يتحسن مرة أخرى فى فترة المراهقة .

وتبقى المشكلة الرئيسية المتبقية فى الرشد المبكر هى اضطراب شديد فى الهجاء ، وقد تستمر الحالة طوال هذه الفترة ، ولكن النمط يتبدل بزيادة العمر، إذاً يجب أن يراعى هذا التغير الارتقائى عند وضع المعايير التشخيصية .

ثالثاً :

هناك الصعوبة الناجمة عن أن المهارات الدراسية يجب تعلمها وتعليمها .. فهى ليست مجرد تعبير عن نضج حيوى ، ولامفر من أن مستوى مهارات الأطفال سوف يعتمد على ظروف العائلة والمدرسة ، كما أنه سيعتمد على الخصائص الفردية لكل طفل . ولسوء الحظ لاتوجد طريقة مباشرة وواضحة للتمييز بين الصعوبات الدراسية ؛

نتيجة لانعدام الخبرات الكافية عن تلك المترتبة على اضطراب ارتقائى .. فهناك أسباب كثيرة جيدة لافتراض أن هذا التمييز حقيقى وصادق سريرياً ، ومع ذلك فإن التشخيص صعب ، فى كل حالة على حدة .

رابعــاً :

على الرغم من أن نتائج الأبحاث تدعم الفرضية القائلة بوجود أساس مرضى فى العملية المعرفية ، إلا أنه لاتوجد طريقة سهلة لتمييز الإضطرابات ، التى تسبب صعوبات القراءة عن تلك التى تترتب على ، أو تصاحب المهارات الضعيفة فى القراءة ، وتزاد الصعوبة تعقيداً حقاً حيث إن اضطرابات القراءة قد تنشأ عن أكثر من نوع من الخلل المعرفى .

خامســاً :

هناك عدم التأكد الدائم من أفضل الطرق لتقسيم الاضطرابات الارتقائية فى المهارات الدراسية .

يتعلم الأطفال القراءة والكتابة والهجاء وحل المسائل الحسابية ، عندما يتعرفون هذه العملية فى البيت وفى المدرسة ، وتختلف البلاد كثيراً فى السن الذى يبدأ عنده التعليم الإلزامى وفى المنهج المتبع داخل المدارس ، وبالتالى فى نوع المهارات التى يتوقع من الطفل أن يكتسبها فى سنوات عمره المختلفة ، ويتعاظم هذا الاختلاف فى التوقعات أثناء سنوات الدراسة الأولية أو الابتدائية (أى حتى سن ١١سنة) ، ويزيد من تعقيد عملية الوصول إلى تعريفات إجرائية لاضطرابات المهارات الدراسية عدم ثباتها عبر البلدان المختلفة .

ومع ذلك ففى كل الأنظمة التعليمية ، فإن كل مجموعة عمرية من أطفال المدارس لديها نطاق واسع من المنجزات المدرسية ، وأن بعض الأطفال ينجزون أقل فى أوجه معينة من الإنجاز الدراسى، بالقياس إلى مستوى أدائهم الفكرى أو الذهنى العام .

الاضطرابات الارتقائية المعينة في المهارات الدراسية (أ. أ. م. م.د)

Certain Developmental Disorders in Scholastic Skills

تتضمن مجموعات من الاضطرابات ، تتميز باختلالات معينة ودالة فى تعلم المهارات الدراسية . وليست هذه الاختلالات فى التعلم نتيجة مباشرة لاضطرابات

أخرى (مثل : التخلف العقلى ، أو خلل عصبى جسيم ، أو مشاكل بصرية أو سمعية حادة غير قابلة للعلاج أو اضطرابات وجدانية) ، وإن كان يمكن أن تحدث متزامنة مع هذه الحالات ، تحدث هذه النوعية من الاضطرابات كثيراً فى ارتباط زملات سريرية أخرى . (مثل : اضطراب عجز الانتباه ، أو اضطراب الجناح) ، أو اضطرابات ارتقائية أخرى (مثل : الاضطراب المحدد فى وظيفة الحركة ، أو الاضطرابات الارتقائية المحددة فى الكلام واللغة) .

وسبب هذه النوعية من الاضطرابات غير معروف ، ولكن هناك افتراضاً بأولوية العوامل الحيوية ، التى تتفاعل مع عوامل غير حيوية (مثل فرصة التعلم وكيفية التعلم) لإحداث مظاهر الاضطراب ، وعلى الرغم من ارتباط هذه الاضطرابات بالنضوج الحيوى .. إلا أن ذلك يوضح أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يقعون ببساطة عن الطرف الأدنى من المتصل الطبيعى ، وبالتالى فسوف يلحقون بالآخرين من أقرانهم مع الوقت .

وفى أحوال كثيرة تستمر آثار هذا الاضطراب ، خلال فترة المراهقة حتى مرحلة الرشد ، ومع ذلك .. فإن ظهور الاضطراب بشكل ما أثناء سنوات الدراسة المبكرة ، يعتبر سمة تشخيصية ضرورية ، فقد يتدهور الأطفال فى أدائهم الدراسى فى مرحلة متأخرة من سيرتهم التعليمية (نتيجة لعدم الاهتمام ، أو التدريس غير الوافى ، أو اضطرابات عاطفية ، أو زيادة أو تغير فى نمط المهام المطلوبة) ، ولكن هذه المشاكل لاتمثل جزءاً من مفهوم هذه النوعية من الاضطرابات .

وهناك عدة متطلبات أساسية لتشخيص أى من الاضطرابات الارتقائية المحددة فى المهارات الدراسية :

أولاً :

يجب أن تكون هناك درجة من الخلل فى المهارة الدراسية المعينة (دالة سريرياً) ، ويمكن الحكم على هذا الخلل بالاستناد إلى درجة الشدة ، كما هى معروفة بالمصطلحات الدراسية (أى درجة ينتظر أن يحصل عليها أقل من ٣ ٪ من عينة أطفال المدرسة) ، إلى سوابق ارتقائية (أى إن الصعوبات الدراسية قد سبقتها تأخرات ارتقائية فى السنوات السابقة على المدرسة غالباً فى مجال الكلام أو اللغة) ، إلى مشكلات مصاحبة ، مثل : عدم الانتباه ، فرط النشاط ، اضطراب عاطفى صعوبات فى السير) ، وإلى نمط (أى وجود أنماط شذوذ كيفية ليست فى العادة جزءاً من

الارتقاء الطبيعي) وإلى الاستجابة (أي إن الصعوبات الدراسية لاتتحسن بسرعة ويسر، مع زيادة المساعدة للطفل في المنزل أو المدرسة) .

ثانياً :

يجب أن يكون الخلل معيناً ، بما يمكن من تفسيره فقط على أساس وجود تخلف عقلي أو اختلالات أقل شدة في الذكاء العام ؛ ولأن نسبة الذكاء والإنجاز الدراسي لايتوازيان تماماً ، فإن القرار بشأن هذه النقطة يجب أن يؤخذ فقط على أساس من اختبارات مقننة وفردية التطبيق ، لكل من الإنجاز ونسبة الذكاء ، والتي تتناسب مع الثقافة والنظام التعليمي .

ويجب استخدام هذه الاختبارات ، في ارتباط مع جداول إحصائية توفر المعلومات الخاصة بمتوسط مستوى الإنجاز المنتظر لكل مستوى ذكاء معطى عند كل عمر معطى . وهذا الشرط الأخير ضروري لأهمية آثار الارتجاع الإحصائي ؛ لأن التشخيصات التي تستند إلى طرح عمر الإنجاز بالعمر العقلي تكون بالضرورة خادعة بشدة ، ومع ذلك .. فالأرجح هو أن هذه المتطلبات لن تستوفى في أغلب الأحوال في الممارسة السريرية اليومية ، وبالتالي فإن الدليل السريري هو ببساطة أن يكون مستوى الطفل في التحصيل أقل بكثير من المستوى المنتظر من طفل في عمره العقلي .

ثالثاً :

يجب أن يكون الخلل ارتقائياً ؛ بمعنى أن يكون موجوداً منذ البداية وليس مكتسباً في مرحلة متأخرة من العملية التعليمية ، ويمكن الاستدلال على هذه النقطة من خلال تاريخ التقدم الدراسي للطفل .

رابعاً :

يجب ألا تكون هناك عوامل خارجية ، يمكن أن تمثل سبباً كافياً للصعوبات، وإلى وجود دليل إيجابي على وجود اضطراب سريري واضح في الإنجاز الدراسي ، تصاحبه عوامل داخلية خاصة بارتقاء الطفل ، مع ذلك .. ولكي يتعلم الأطفال بشكل فعال ، يجب أن تتوافر لهم فرص تعليم ملائمة ، وبالتالي لايجوز إدراج الاضطراب تحت هذه الفئة، إذا اتضح أن الإنجاز الدراسي الضعيف هو نتيجة مباشرة لغياب طويل عن المدرسة ، دون تدريس بالمنزل أو نتيجة لتعليم غير مناسب بالمرة .

إن التغيب المتكرر عن المدرسة والانقطاعات التعليمية المترتبة على تغيير

المدرسة لاتكون فى العادة كافية لإحداث تخلف دراسى بدرجة ، تكفى لتشخيص الاضطرابات الارتقائية المعينة فى المهارات الدراسية .

ولكن التعليم الضعيف قد يضيف إلى أو يزيد من تعقيد المشكلة ، وفى هذه الحالة يجب أن تذكر العوامل المدرسية على نحو الأوضاع النفساجتماعية غير الطبيعية .

وأخيراً ، لايجوز أن تكون هذه الاضطرابات نتيجة مباشرة لاختلالات بصرية أو سمعية غير خاضعة للتحسن .

التشخيص الفارق :

هناك احتياج مهم للتمييز بين هذه الاضطرابات ، والتى تظهر فى غياب أى اضطراب عصبى قابل للتشخيص والاضطرابات، التى تكون ثانوية لحالة عصبية ما كالشلل الدماغى ، وكثيراً مايكون هذا التمييز صعباً فى الممارسة العلمية (نتيجة للدلالة غير المؤكدة للعلامات العصبية ضعيفة التباين) ، كما أن نتائج الأبحاث لاتوضح أى تمييز محدد ، لا فى نمط ولا فى مسار هذه الاضطرابات بشأن وجود أو غياب خلل وظيفى عصبى واضح ، وبالتالى .. فإن هذا لايكون جزءاً من المعايير التشخيصية ، ولكن من الضرورى أن يسجل وجود أى اضطراب مصاحب بشكل منفرد فى الجزء المناسب الخاص من هذا التقسيم .

ويتضمن : اضطراب قراءة معين ، عسر القراءة ، اضطراباً هجائياً معيناً ، اضطراباً معيناً فى المهارات الحسابية ، عسر الحساب ، اضطراب المهارات الدراسية المختلط ، عدم القدرة على التعلم .

(١) **اضطراب القراءة المحدد** : Specific Reading Disorder

السمة الرئيسية فى خلل معين فى ارتقاء مهارات القراءة ، لايمكن إرجاعها إلى العمر العقلى أو مشكلات حدة البصر أو التعليم غير الوافى ، فحسب وقد تتأثر كذلك مهارات فهم القراءة وتعرف الكلمة ، من خلال القراءة ومهارة القراءة الشفهية والأداء فى المهام التى تتطلب القراءة ، وكثيراً ما يصاحب اضطراب القراءة المعين صعوبات فى الهجاء قد تستمر فى فترة المراهقة ، حتى بعد أن يكون التقدم قد تم إحرازه فى القراءة .

والأطفال المصابون باضطراب محدد فى القراءة كثيراً مايكون لديهم تاريخ

باضطرابات إنمائية معينة فى الكلام واللغة ، كما أن التقييم المتكامل للأداء اللغوى الحالى كثيراً مايعكس وجود صعوبات دقيقة معاصرة ، بالإضافة إلى الفشل الأكاديمى.

وقد نجد أن ضعف الانتظام الدراسى ومشكلات التكيف الاجتماعى هى مضاعفات كثيرة الحدوث ، خاصة فى سنوات الدراسة الابتدائية والثانوية التالية ، وتوجد هذه الحالة فى كل اللغات المعروفة ، وإن كان من غير المؤكد أن معدلها يتأثر أو لايتأثر بطبيعة اللغة والخط المكتوب ، ويتراوح انتشاره بين ٢-٨٪ من أطفال المدارس .

مؤشرات تشخيصية :

يجب أن يكون أداء الطفل فى القراءة أقل بكثير من المستوى المنتظر منه ؛ على أساس عمره وذكائه العام ومكانه فى المدرسة . وأفضل طريقة لتقييم ذلك هى بواسطة اختبار مقنن ، يطبق بشكل فردى ، ويقيس القراءة والدقة والفهم . وتعتمد الطبيعة المحددة لمشكلة القراءة على مستوى القراءة المتوقع ، وعلى اللغة والخط المكتوب ، ولكن فى المراحل الأولى من تعلم اللغة الأبجدية ، قد تكون هناك صعوبات فى الحروف الأبجدية ، أو فى تسمية الحروف بأسمائها الصحيحة، أو فى إعطاء النغم البسيط للكلمات ، وفى تحليل أو تقسيم الأصوات (على الرغم من قدرة سمعية طبيعية) . وقد توجد أخطاء فى مهارات القراءة الشفهية .

ويظهر ذلك من خلال :

(١) إسقاطات ، استبدالات ، تشويهات أو إضافات فى الكلمات ، أو أجزاء من الكلمات.

(٢) معدل قراءة بطئ .

(٣) بدايات خاطئة أو تأتآت طويلة أو فقدان القراءة فى النص .

(٤) تقسيم غير دقيق للجمل .

(٥) استبدال الكلمات فى الجمل أو الحروف داخل الكلمات ، وكذلك قد تكون هناك عيوب فى الفهم عن طريق القراءة ، كما يتضح من خلال :

(أ) عدم القدرة على استعادة المعلومات المقروءة .

(ب) عدم القدرة على الوصول إلى استنتاجات أو استدلالات من المادة المقروءة .

(٦) استخدام المعرفة العامة كخلفية معرفية ، بدلاً من المعلومات المستفادة فى قصة بعينها ؛ للإجابة عن أسئلة خاصة تعتبر من عيوب القراءة . ومن المميز أن تتضمن الصعوبات فى الهجاء أخطاءً صوتية غير دقيقة .

ويبدو عندئذ أن كل مشكلات الهجاء والقراءة تتبع خللاً فى التحليل الصوتى للكلمات ، والقليل هو المعروف عن طبيعة أو معدل أخطاء الهجاء فى الأطفال المضطرين إلى قراءة لغات غير مشكلة ، وقليل هو المعروف عن أنواع الأخطاء فى النصوص غير الأبجدية .

عادة ماتسبق الاضطرابات الارتقائية المحددة في القراءة عادة بتاريخ من الاضطرابات فى إلقاء الكلام أو اللغة ، وفى حالات أخرى قد يكون الطفل قد اجتاز مراحل اللغة فى السن الطبيعى ، ولكنه مع ذلك يعانى من صعوبات فى العمليات السمعية ، كما يتضح فى مشكلات تصنيف الأصوات والتنغيم وأخطاء تمييز أصوات الكلام والذاكرة السمعية التراتيبية والترابط السمعى ، أو فى بعض الحالات أيضاً تكون هناك مشكلات فى العملية الإبصارية (مثل : التمييز بين الحروف والذاكرة السمعية التقريبية ، والتمييز السمعى) ، ولكن هذه كلها شائعة بين الأطفال الذين يبدأون بالكاد تعلم القراءة ، وبالتالى .. فمن المحتمل ألاتكون نتيجة مباشرة لضعف القراءة ، أو لصعوبة فى الانتباه المصحوبة فى أحيان كثيرة بفرط النشاط والاندفاعية .

إن النمط الدقيق للصعوبات الارتقائية فى فترة ماقبل المدرسة يختلف كثيراً من طفل إلى طفل ، كما تختلف شدته ، ومع ذلك .. فإن هذه الصعوبات عادة (ولكن ليس دائماً) ماتكون موجودة .

كذلك .. كثيراً ماتكون هناك اضطرابات عاطفية و/أو سلوكية أثناء فترة المدرسة ، ويكون معدل المشكلات العاطفية أكثر فى سنوات الدراسة الأولى ، فى حين تشيع اضطرابات الجناح وزملات فرط النشاط أكثر فى الطفولة المتأخرة والمراهقة . وينخفض عادة تقييم الطفل لنفسه ، وتكثر مشكلات التكيف مع المدرسة والعلاقات مع الأقران .

يتضمن : القراءة المتأخرة ، عسر القراءة الارتقائى ، تخلف القراءة المحدد .

(٢) الاضطراب الهجائى المحدد : Specific Spelling Disorder

هو اضطراب تتميز السمة الرئيسية فيه بخلل معين واضح فى ارتقاء مهارات الاستهجاء الشفهى ، وكتابة الكلمات بشكل صحيح ، ولايجوز إدراج الأطفال الذين تتمثل مشكلتهم الوحيدة فى الكتابة . ولكن فى بعض الحالات ، قد تصاحب مصاعب الاستهجاء مشكلات فى الكتابة . وعلى العكس من النمط الموجود فى اضطرابات القراءة المحددة، نجد أن أخطاء الاستهجاء تميل إلى أن تكون دقيقة ، بشكل واضح من الناحية الصوتية .

ويجب أن يكون مستوى أداء الطفل فى الاستهجاء أقل بكثير من المستوى المنتظر ، على أساس عمر الطفل والذكاء العام ومكانه فى المدرسة وأفضل وسيلة لتقييم هذه النقطة ، هى بواسطة استخدام اختبار مقنن للاستهجاء ، ويطبق بشكل فردى على الطفل .

يجب أن تكون مهارات الطفل فى القراءة (فى مايتعلق بالدقة والفهم) فى نطاق الطبيعى ، كما لايجوز أن يكون هناك تاريخ لصعوبات سابقة ذات دلالة فى القراءة ، ولايجوز أن تكون صعوبات الاستهجاء أساساً نتيجة لعدم كفاية شديدة فى التدريس ، أو نتيجة مباشرة لعيوب فى الإبصار أو السمع أو الوظائف العصبية .. كذلك لايجوز أن تكون مكتسبة ؛ نتيجة أى اضطراب عصبى أو طبنفسى أو أى اضطراب آخر .

وعلى الرغم مما هو معروف من أن اضطرابات الهجاء المحدد يختلف عن اضطرابات القراءة المصحوبة بصعوبات فى الاستهجاء المعينة ، أو مسارها ، أو العوامل المصاحبة لها ، أو حصيلتها .

(٣) اضطراب محدد فى المهارات الحسابية :

Specific Disorder of Arithmetical Skills

يتضمن هذا الاضطراب خللاً محدداً فى المهارات الحسابية ، لايمكن تفسيره على أنه تخلف عقلى ، أو بسبب ضعف التدريس ، ويشمل الخلل المهارات الحسابية الأولية كالجمع والطرح والضرب والقسمة (أكثر منها المهارات الحسابية الأكثر تجريدية كالمتضمنة فى الجبر ، أو حساب المثلثات أو الهندسة أو التفاضل والتكامل) .

ويجب أن يكون مستوى أداء الطفل الحسابى أقل بكثير من المتوقع على أساس من عمر الطفل والذكاء العام ومكانه الدراسى ، وأفضل تقييم لهذا الأداء هو الاستناد

إلى اختبار مقنن للحساب ، يطبق تطبيقاً فردياً على الطفل .

ويجب أن تكون مهارات الطفل فى القراءة والاستهجاء فى النطاق الطبيعى المنتظر بالنسبة للسن العقلى ، الذى يفضل قياسه بواسطة اختبارات مقننة ومناسبة، تطبق بشكل فردى ، ولايجوز أن تكون صعوبات الحساب بسبب عدم كفاية شديدة فى التدريس ، أو نتيجة مباشرة لعيوب فى الإبصار أو السمع أو الوظائف العصبية .. كذلك لاتجوز أن تكون مكتسبة نتيجة لأى اضطراب .

إن الدراسات فى مجال الاضطرابات الحسابية أقل منها بالنسبة لاضطرابات القراءة ، كما أن المعرفة المتوافرة عن مقدمتها ومسارها ومصاحباتها وحصيلتها تعد محدودة جداً . ومع ذلك – وعلى عكس أطفال كثيرين ، يعانون من اضطرابات فى القراءة – تميل مهارات الإدراك السمعى والمهارات اللفظية إلى أن تكون فى النطاق الطبيعى ، فى حين تميل مهارات الإبصار المكانية والإبصار الإدراكية إلى الخلل .

يعانى بعض الأطفال بالإضافة إلى ذلك من مشكلات اجتماعية وعاطفية وسلوكية ، ولكن المعروف عن خصائصها أو معدلها قليل ، وكذلك هناك إشارة إلى احتمال شيوع صعوبات فى التفاعلات الاجتماعية .

وتتعدد الصعوبات الحسابية ، ولكنها قد تتضمن : الفشل فى فهم الفكرة وراء بعض العمليات الحسابية الخاصة ، وعدم فهم المصطلحات أو العلامات الحسابية ، وعدم تعرف الرموز الرقمية ، وصعوبة فى ممارسة عمليات حسابية ثابتة ، وصعوبة فى فهم أى الأرقام مناسبة للمشكلة الحسابية الجارى تناولها ، وصعوبة فى ترتيب الأرقام بشكل صحيح ، أو فى استخدام العلامات العشرية أو الرموز أثناء الحساب ، وسوء الترتيب المكانى للعمليات الحسابية ، وعدم القدرة على تعلم جداول الضرب بشكل مرض .

(٤) اضطراب مختلط فى المهارات الدراسية :

Mixed Disorder of Scholastic Skills

هو فئة متبقية من الاضطرابات ، ضعيفة التحديد ، ولاتستند إلى مفهوم واضح (ولكنها ضرورية) ، تتميز باختلال واضح فى كل المهارات الحسابية ومهارات القراءة أو الاستهجاء ، ولكن الاختلال لايمكن تفسيره فقط بتخلف عقلى عام أو تعليم غير وافٍ .

العلاج :

لايوجد سبب محدد لاضطرابات النماء النفسى الخاصة بالكلام ، واللغة ، والمهارات الدراسية ؛ حيث يتفاعل كل من العوامل البيولوجية ، والنفسية والاجتماعية والتربوية والتعليمية ، ويعتمد العلاج على التدريب الخاص بواسطة مجموعة من أخصائى التخاطب ، والتعليم والتربية . ويوجد فى بعض البلاد المتقدمة مدارس خاصة لتوجيه وتدريب هؤلاء الأطفال .

وللأسف أن معظم هؤلاء الأطفال فى مصر والبلاد العربية ، يعتمدون فى تدريبهم وعلاجهم على الجهد الذاتى والعلاج الخاص .

(٥) الاضطراب الارتقائى الخاص بوظيفة الحركة :

Specific Developmental Disorder of Motor Function

السمة الرئيسية هى اختلال شديد فى ارتقاء التناسق الحركى لايفسر فقط بواسطة تخلف فكرى عام ، أو أى اضطراب عصبى معين خلقى أو مكتسب (باستثناء ذلك المتضمن فى اختلال التناسق) . ومن المعتاد أن يصاحب الحركة الخرقاء درجة ما من اختلال الأداء فى المهام المعرفية الخاصة بالتعرف البصرى على المكان ، وينتشر هذا الاضطراب بنسبة تبلغ ، حوالى ٦ ٪ من الأطفال بين العمر ٥-١١ سنة .

ويجب أن يكون مستوى التناسق الحركى للطفل ، فى المهام الحركية الدقيقة أو الضخمة ، أو أقل بكثير من مستوى الأداء المنتظر من الطفل على أساس من عمره وذكائه العام .

ويقاس هذا بأفضل شكل بواسطة اختبار مقنن ، يطبق بشكل فردى ويقيس التناسق الحركى الدقيق والضخم ، ويجب أن تكون صعوبات التناسق موجودة فى المراحل المبكرة من الارتقاء (بمعنى أنه لايجوز أن يمثل نقصاً مكتسباً) ، ولايجوز أن تكون نتيجة مباشرة لأى عيوب فى الإبصار أو السمع ، أو لأى اضطراب عصبى قابل للتشخيص .

ويختلف المقدار الذى يصيب به الاضطراب كل من التناسق الحركى الدقيق أو الضخم ، كما يختلف نمط العجز الحركى تبعاً للسن ، وقد تتأخر مراحل الارتقاء الحركى ، وقد يصاحب ذلك التأخر بعض الصعوبات فى الكلام ، (خاصة تلك التى تتضمن النطق) .

قد يبدو الطفل غريباً فى طريقة سيره عموماً ، وقد يكون بطيئاً فى تعلم الجرى

والقفز وصعود وهبوط الدرج ، كما قد تكون هناك صعوبة فى تعلم كيف يربط الحذاء، وكيف يغلق ويفتح الأزرار ، وكيف يقذف ويلتقط الكرة ، وقد يكون الطفل بشكل عام أخرق فى حركاته الدقيقة أو الضخمة ؛ فيميل إلى إسقاط الأشياء من يده ، والتعثر، والارتطام بأشياء فى طريقه ، وأن يكون خط يده سيئاً.

كذلك .. فإن مهارات الرسم تكون عادة ضعيفة ، وكثيراً مايكون الأطفال ذوو هذا الاضطراب ضعافاً فى ممارسة الألعاب التركيبية ، واستخدام الألعاب التشكيلية وبناء النماذج ، وممارسة ألعاب الكرة ورسم أو فهم الخرائط .

يظهر الفحص الإكلينيكى الدقيق فى أغلب الحالات علامات لعدم النضج الشديد للارتقاء العصبى ، مثل : حركات الشلل الراقص ، والتى تصيب الأطراف أو حركات تلقائية وسمات حركية أخرى ، بالإضافة إلى علامات ضعف التناسق الحركى الدقيق والضخم (الموصوف عادة بالعلامات العصبية ضعيفة التباين ، لورودها الطبيعى فى صغار الأطفال ، ولافتقارها أى قيمة تحديدية بشأن الآفة) ، أما الانعكاسات العميقة .. فقد تزيد أو تقل على الجانبين ، ولكنها لاتكون غير متماثلة .

بحكم التعريف .. لايجوز أن يكون هناك مرض عصبى قابل للتشخيص (مثل الشلل الدماغى أو الضمور العضلى) ومع ذلك ، ففى بعض الحالات يكون هناك تاريخ من المضاعفات ، التى أحاطت بالولادة أو يكون الطفل قليل الوزن جداً عند الولادة ، أو تكون الولادة مبكراً جداً .

(٦) اضطرابات ارتقائية (إنمائية) مختلطة محددة :

Mixed Specific Developmental Disorders

هذه فئة من الاضطرابات ، غير دقيقة التحديد ، ولايوجد وراءها مفهوم ملائم أو واف (ولكنها ضرورية) ، تتميز بوجود خليط من اضطرابات ارتقائية معينة فى الكلام واللغة وفى المهارات الدراسية ، أو الوظيفة الحركية ، دون أن يكون أى منها بارزاً بالدرجة ، التى تمثل تشخيصاً مبدئياً .

ومن الشائع لكل من هذه الاضطرابات الارتقائية المعينة أن يتضمن درجة ما من الخلل فى تلك الوظائف .

اضطرابات ارتقائية (انمائية) منتشرة

Pervasive Developmental Disorders

هى مجموعة من الاضطرابات ، تتميز باختلالات كيفية فى التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفى أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطى ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات ، وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة فى أداء الفرد فى كل المواقف ، وتنتشر بنسبة ستين طفلاً فى كل عشرة آلاف .

تصاحب هذه الاضطرابات فى بعض الحالات ، أو تتسبب فيها حالة طبية ما ومن أكثرها حدوثاً : التقلصات الطفولية ، والحصبة الألمانية الخلقية ، والتصلب الحدبى ، والشحام المخى ، وحالة الصبغ إكس الهش ، ومع ذلك .. فإن تشخيص هذا الاضطراب يجب أن يستند إلى سمات سلوكية ؛ بغض النظر عن وجود أو غياب أى حالات طبية مصاحبة ، ولم تثبت الدراسات المضبوطة ماقيل سابقاً عن شخصية الوالدين وأسلوب التربية أو البعد العاطفى .

وقد اختلف الباحثون فى تصنيف ذهان الطفولة ، أو مايسمى باضطرابات إنمائية منتشرة ، وقد تعددت الأعراض ، ووصفها كل عالم بطريقته الخاصة .

ومن حصيلة هذه المجالات، نستطيع تقسيم ذهان الطفولة إلى :

(١) ذهان الطفولة المتأخرة :

عادة مايبدأ بعد سن الثامنة ، ويأخذ طابع فصام الكبار ، وتتشابه أعراضه مع الصورة الإكلينيكية السابقة ذكرها مع الفصام .

(٢) ذهان الطفولة المتوسطة :

ويبدأ بين سن ٣–٥ ، وعادة ماينمو الطفل سوياً ، ثم يبدأ فى التدهور فى هذا السن ، وعادة ماتكون أسباب ذلك أمراضاً عضوية فى المخ والجهاز العصبى ، ويعتبر هذا الذهان ذهاناً عضوياً .

(٣) ذهان الطفولة المبكرة :

ويبدأ فى السنوات الثلاث الأولى ، وهو الذى اختلف فى وصفه العلماء ، واستقر الرأى على تسميته بزملة أعراض الفصام فى الطفولة ، أو مايسمى حالياً باضطرابات النماء المنتشرة .

وستدرج تصنيفها فيما بعد ويشمل تسع ظواهر إكلينيكية ، هى :

(١) اختفاء القدرة على التجاوب الانفعالى ، وإقامة أية علاقة عاطفية حتى مع الوالدين ؛ مما يؤدى إلى صعوبة الاختلاط والعزلة الاجتماعية التامة ، وعدم اللعب مع الأطفال الآخرين ، وعدم الاستجابة لحب أو تدليل الوالدين والأقارب والانسحاب الكامل من العالم .

(٢) عدم الإحساس بالذات ، وعدم شعور الطفل بكيانه الخاص ؛ مما يجعل سلوكه شاذاً وغريباً ؛ حيث إنه لايميز نفسه من الجماد والحيوان والنبات .

(٣) الانغماس والإغراق المرضى فى التعلق بأشياء تافهة كاللعب بحذاء قديم ، أو أدوات منزلية رثة ، واستحالة إغرائه بكل أنواع اللعب المختلفة .

(٤) المقاومة الشديدة ، أو المعارضة الصلبة لأى تغيير فى بيئته ، من ناحية المكان أو الملبس ، أو النظافة أو الطعام .

(٥) اضطرابات فى الإدراك فى هيئة خداعات وهلاوس ، وأحياناً هذاءات متفاوتة وقلق وتوتر غير ممكن تفسيره .

(٦) الفشل فى اكتساب القدرة على الكلام ، أو اختفاء هذه القدرة تدريجياً بعد اكتسابها .

(٧) اضطرابات الحركة من سكون تام إلى إفراط حركى ، إلى حركات وطقوس متكررة ، تأخذ طابعاً شاذاً وأوضاعاً خاصة غامضة .

(٨) يتخلل هذا التدهور والهبوط الفكرى ، بعض القدرات الطبيعية وأحياناً قدرات استثنائية .

والعلاقة بين فصام الطفولة المبكرة ، وفصام الكبار غير واضحة ؛ فتختلف مظاهر المرض فى النوعين ، ونادراً مايتحول فصام الطفولة إلى الصورة الإكلينيكية المألوفة عن فصام الكبار من هلاوس وهذاءات وأعراض كتاتونية ، ويلعب العامل الوراثى دوراً مهماً ، ويعززه الحرمان العاطفى فى المناخ الأسرى .

وعادة ماتؤثر الأعراض الإكلينيكية السابقة على نضوج الطفل العقلى والعاطفى ، ومن ثم تشخص معظم حالات فصام الطفولة بالقصور العقلى ، ولكن إذا سبق المرض فترة من التطور والنضوج الطبيعى ، ثم يبدأ بعد ذلك التدهور ، فإن ذلك يؤكد تشخيص الفصام ؛ حيث إن القصور العقلى يبدأ مع الولادة ،

ويزيد على ذلك وجود بعض القدرات الطبيعية والاستثنائية فى مرضى الفصام .

كذلك يجب تمييز هذا المرض عن الذهان العضوى الناتج عن عطب أو تلف بالمخ ، عن طريق إشعات الجمجمة العادية والأشعات المقطعية والمغناطيسية النووية الرنانة ، ورسم المخ والالتجاء أحياناً إلى الاختبارات النفسية الدقيقة لمعرفة مدى تدهور الإمكانيات العقلية .

ولاتفيد عادة الجلسات الكهربائية ، وغيبوبة الأنسولين فى فصام الطفولة، ولكن يتحسن الكثير من الأعراض بالعقاقير المضادة للفصام ، ويدعى البعض تحسناً ملحوظاً بالعلاج النفسى العميق والعقاقير المضادة للذهان غير النموذجية ، واختراق الحاجز العاطفى ، الذى يفصل الطفل عن بقية العالم ، ولايدعى أطباء النفس نسبة شفاء أكثر من ٢٠٪ فى فصام الطفولة ، وتستمر البقية بأعراض مختلفة وقصور عقلى ثانوى ، يمنع توافقهم الاجتماعى .

وظهرت أخيراً نتائج مشجعة من الملامسة والدفء العاطفى واحتضان الطفل لمدة طويلة ، على الرغم من رفضه وتعنيفه بواسطة الأم والأب تحت الإشراف النفسى والتربوى .

(١) الذاتوية الطفولية (التوحد) Childhood Autism

هى أنواع من الاضطراب الارتقائى المنتشر ، يعرف :

(١) بوجود ارتقاء غير طبيعى أو مختل ، يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات .

(٢) بنوع مميز من الأداء غير الطبيعى فى المجالات الثلاث النفسية :

(أ) التفاعل الاجتماعى .

(ب) التواصل .

(جـ) السلوك المحدود المتكرر .

وبالإضافة إلى هذه السمات التشخيصية المحددة .. يشيع وجود مشكلات أخرى متعددة وغير محددة ، مثل : الرهاب واضطرابات النوم والأكل ونوبات هياج والعدوان الموجه نحو الذات ، ونسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال تتراوح من أربع إلى خمس أطفال ، بين كل عشرة آلاف طفل .

وكانت نسبه انتشار الذاتويه تبلغ حوالى ١٣ فى كل ١٠,٠٠٠ طفل، ولكن بعض الأبحاث الحديثة تدعي وصول النسبة علي ١ فى كل ١٥٠طفل ويؤول ذلك لزيادة التوعية بالذاتوية، والاهتمام بتشخيصها، ونسبه المرض فى التوائم المتشابهة تصل لحوالى ٩٠ ٪ أما فى التوائم المتآخية فهى حوالى ٢٣ ٪، وقد تعددت الدراسات دون نجاح فى وجود أماكن جينية علي الكروموزومات ولكن اتضح بتصوير المخ وجود بعض الاختلافات فى الفص الصدغى بالمخ ، مع اتساع فى البطينات، وكذلك اتضح وجود أجسام مضادة فى حوالى ٤٠ ٪ من الحالات مما يؤيد احتمال اضطراب فى المناعة الذاتية ، ويصاحب مرض الذاتوية عديداً من الأمراض، فالصرع فى ٢٥ ٪، والصبغ أكس الهش فى حوالى ٤٨ ٪ والتصلب الحدبي فى ١٧–٦١ ٪ ، وزملة داون فى ١–٣ ٪.



Autism

الذاتوية عند الأطفال

مؤشرات تشخيصية :

عادة لاتكون هناك مرحلة سابقة أكيدة من الارتقاء الطبيعى ، ولكنها إن وجدت لاتتجاوز عمر الثلاث سنوات ، وهناك دائماً اختلالات كيفية فى التفاعل الاجتماعى المتبادل ، وتأخذ هذه الاختلالات شكل التقدير غير المناسب للتلميحات

الاجتماعية والعاطفية ، كما يتضح فى فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك طبقاً للإطار الاجتماعى ، مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية ، وتكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية والعاطفية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعى والعاطفى .

كذلك تنتشر الاختلالات الكيفية فى التواصل ، وقد تأخذ هذه شكل عدم الاستخدام الاجتماعى ، لأى مهارات لغوية قد تكون موجودة ، وشكل خلل فى ألعاب تصديق الخيال والتقليد الاجتماعى ، وضعف المرونة فى التعبير اللغوى ، وفقدان نسبى للقدرة على الابتكار والخيال فى عمليات التفكير ، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية ، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من الإيقاع ، والتأكيد فى إيقاع التواصل ، وكذلك عدم استخدام الإشارات المصاحبة التى تساعد فى تأكيد أو توضيح التواصل الكلامى .



Autism

الذاتوية عند الأطفال

كذلك تتميز الحالة بأنماط محدودة ونمطية ومتكررة فى السلوك والاهتمامات والنشاطات ، وقد تأخذ شكل الميل نحو فرض قدر من التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومى ، وينطبق هذا عادة على النشاطات الجديدة ، كما ينطبق على العادات المألوفة وأنماط اللعب . وفى الطفولة المبكرة على وجه الخصوص ، فقد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية ، وإن كانت تتميز بافتقادها للمرونة ، وقد يصر الأطفال على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لاتؤدى وظيفة بعينها ، وقد تكون هذه انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات ، مثل : التواريخ أو الطرق أو الجداول الزمنية، وكثيراً ماتكون هناك أنماط حركية ، واهتمام خاص بعناصر وظيفية فى الأشياء (مثل رائحتها أو ملمسها) ، كما قد توجد مقاومة لأى تغيرات فى روتين أو تفصيلات البيئة الشخصية (مثل تحريك التحف والأثاثات من مكانها فى بيت العائلة) .

وبالإضافة إلى ذلك .. فإن الأطفال الذاتويين كثيراً مايظهرون نطاقاً من المشكلات الأخرى غير المعينة ، مثل : الفزع والخوف ، واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبى والعدوان وإيذاء النفس (مثل عض الرسغ) ؛ خاصة إذا كانت هناك حالة من التخلف العقلى الشديد .

أغلب المصابين بالذاتوية يفتقدون إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الابتكار فى شغل أوقات فراغهم ، ويجدون صعوبة فى تطبيق المفاهيم النظرية ، وعلى اتخاذ القرار فى العمل (حتى إذا كانت المهام تقع فى إطار إمكاناتهم) .

إن المظاهر المحددة للعيوب التى تميز الذاتوية تتبدل عندما ينمو الأطفال ، ولكن العيوب نفسها تستمر حتى أثناء الحياة الراشدة على شكل نمط شبيه فى المشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعى والتواصل وأنماط الاهتمامات ، ويجب أن تكون العيوب الارتقائية موجودة فى الثلاث سنوات الأولى من الحياة ؛ لكى نستطيع أن نستخدم التشخيص ، ويمكن أن تحدث الزملة فى كل المجموعات العمرية .

قد تصاحب الذاتوية كل مستويات نسبة الذكاء ، ولكن فى ثلاثة أرباع الحالات توجد درجة دالة من التخلف العقلى .

ويتضمن :

الاضطراب الذاتوى ، ذاتوية الطفولة المبكرة ، ذهان الطفولة المبكرة ، زملة كانر .

عند التشخيص الفارق :

نضع فى الاعتبار (إلى جانب الأشكال الأخرى من الاضطراب الارتقائى المنتشر) اضطراباً ارتقائياً معيناً فى اللغة الاستقبالية مع مشكلات اجتماعية وعاطفية ثانوية ، اضطراب الالتصاق التفاعلى أو النوع المنفلت ، تخلفاً عقلياً مع اضطراب عاطفى/سلوكى مصاحب ، فصاماً ذا بداية مبكرة غير عادية ، زملة ريت .

(٢) الذاتوية اللانمطية : Atypical Autism

هو نوع من الاضطراب الارتقائى المنتشر يتميز عن ذاتوية الطفولة ، إما فى عمر الطفل عند بدايته أو فى عجزه عن استيفاء مجموعات المعايير الثلاث .

وتستخدم هذه الفئة حين يظهر الارتقاء غير الطبيعى و/أو المختل لأول مرة ، بعد عمر الثلاث سنوات ، أو فى غياب مايكفى من العلامات غير الطبيعية فى واحد أو اثنين من المناطق المرضية النفسية الثلاث الضرورية كلها لتشخيص الذاتوية (ألا وهى التفاعلات الاجتماعية المتبادلة ، التواصل والسلوك المحدود النمطى والمتكرر) ، وذلك على الرغم من وجود اختلالات مميزة أخرى فى منطقة (مناطق) أخرى ، وتنشأ الذاتوية اللانمطية غالباً فى الأفراد ، ذوى التخلف العقلى جسيم الشدة .

ويتضمن :

ذهاناً طفولياً غير نموذجى ، وتخلفاً عقلياً مع سمات ذاتوية .

العلاج

لا يوجد شفاء لمرض الذاتوية، ولا يوجد علاج متميز متخصص، ولكن يوجد عدة مداخل لتحسين المريض ولكن العلاج المبكر سواء السلوكى، التعليمى، التخاطبي أو المهنى قد يؤدي إلي مآل أفضل. وتعطي العقاقير الكيميائية للتغلب علي الهياج، الاندفاع، تشتت الانتباه، والقلق، والسلوك المكرر، الانسحاب والعدوان ويعطي هنا مضادات الذهان مثل: ريسبريدون، أولانزابين، كيتيابين ، أما مضادات الاكتئاب فقد تفيد فى الاكتئاب ، الوساوس، السلوك المكرر مثل مثبطات استرجاع السيروتونين مثل البروزاك و السيبرالكس.

أما المنبهات فقد تفيد فى عجز الانتباه، وفرط الحركة، وتعطي مضادات الصرع لإيقاف نوبات الصرع، وأحياناً كمعدلات للمزاج، وأخيراً منشطات البيتا أدرينالين، وأنتشر أيضاً العلاج بالفيتامينات وأنواع من الطعام الخالية.

والعلاج الأساسى للذاتويه هو العلاج السلوكى والذى يهدف إلي تحسين التواصل ، التخاطب وتعديل السلوك التوافقى والإجتماعي وتخفيف السلوك العدوانى، وبرامج العلاج السلوكى متعددة، ويتجه علاج التحليل السلوكى التطبيقى Applied Behavior Analysis (ABA) بتعزيز السلوك السوى وإطفاء السلوك المرضي بإعطاء مكافآت حسب السلوك، ويحتاج لحوالى من ١٥–٤٠ ساعة فى الأسبوع، ويكون المعالج مخصصاً لطفل واحد، وينظم هيكلة البرنامج حسب كل طفل، وكذلك برنامج تيتش TEACHويختص بتنبيه المهارات حسب كل طفل ، وبرنامج القصص الاجتماعية Social Storiesوتستعمل القصص لتنميه مهارات الطفل، وكذلك العلاج بالفن للتعبير عن مشاعره، والعلاج بالموسيقي ، والعلاج بالتواصل مع الحيوانات كركوب الخيل والسباحة مع الدولفين.

ويتضح مما سبق انه لا يوجد برنامج يتفوق علي الآخر ويعتمد نجاح العلاج علي إخلاص المعالج وقدرته علي التواصل مع الطفل.

(٣) زملة رت : Rett Syndrome

هى حالة لم يبلغ عن حدوثها حتى الآن سوى فى الفتيات ، ولايعرف لها سبب. ولكنها تتميز على أساس خاص من البداية والمسار ونمط الأعراض ، والصورة النموذجية هى وجود ارتقاء مبكر يبدو طبيعياً أو قريباً من الطبيعى ، تليه حالة من الفقدان الجزئى أو الكامل للمهارات اليدوية المكتسبة وللكلام ، مع انخفاض معدل النمو.

وتبدأ أغلب الحالات بين سبعة شهور إلى أربع وعشرين شهراً من العمر . والسمة المميزة ، هى : فقدان حركات اليد الهادفة ، والمهارات اليدوية الحركية الدقيقة، يصاحبها فقدان كامل أو جزئى أو انعدام فى ارتقاء اللغة وحركات معينة ونمطية ، تلتف اليد فيها إحداهما حول الأخرى ، أو تقوم بحركة غسيل مع وضع الذراعين فى حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن ، بلل نمطى لليدين بواسطة اللعاب ، عدم المضغ الجيد للطعام ، نوبات كثيرة من فرط التنفس ، فشل دائم تقريباً فى التحكم فى التبول والتبرز ، سيولة زائدة فى اللعاب وابراز مفرط فى اللسان ، وعدم التفاعل اجتماعياً .

الشيء النموذجى هو أن يحتفظ الأطفال بنوع من الابتسامة الاجتماعية على

وجوههم فينظرون إلى الآخرين أو خلالهم ، ولكنهم لايتفاعلون اجتماعياً معهم فى الطفولة المبكرة (وإن كان التفاعل الاجتماعى كثيراً مايرتقى فى مرحلة متأخرة) .

ويتركز الوقوف والمشى غالباً على قاعدة عريضة والعضلات ناقصة التوتر، وتصبح حركات الجذع غير متناسقة ، ويتكون عادة جنف أو جنف حدبى، فى نصف الحالات يحدث ضمور فى العضلات الفقرية مع عجز حركى شديد فى فترة المراهقة، أو الرشد ، بعدها يظهر تشنج شديد يصيب الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العليا.

تحدث النوبات الصرعية فى أغلب الحالات ، وتتضمن فى العادة نوعاً ما من النوبة الصغرى ، تبدأ عموماً قبل عمر الثمانى سنوات ، وعلى العكس من الذاتوية يعتبر كل من الايذاء المتعمد للنفس والانشغالات النمطية المركبة أو الروتين النمطى المركب ظواهر نادرة .

التشخيص الفارق :

تشخص الزملة أولاً ومبدئياً استناداً إلى انعدام الحركات اليدوية الهادفة ، وانخفاض معدل نمو الرأس والتخلج ، وحركات غسيل يدين نمطية وعدم المضغ الجيد، ويتأكد التشخيص بمسار الحالة ، والمتمثل فى تدهور حركى متزايد .

(٤) اضطراب طفولة تحللى (تفككى) آخر :

Other Childhood Disintegrative Disorder

نوع من الاضطراب الارتقائى الإنمائى المنتشر ، يعرف بوجود فترة من الارتقاء الطبيعى ، الأكيد ، سابقة على بداية الاضطراب وتليها فترة مؤكدة من فقدان المهارات المكتسبة سابقاً تمتد عبر عدة مناطق ارتقائية ، فى خلال بضعة شهور . والنموذجى هنا أن يصاحب ذلك فقدان عام للاهتمام بالبيئة المحيطة ، وحركات نمطية متكررة واختلال شبه ذاتوى فى التفاعل الاجتماعى والتواصل .

يمكن أن يكون الاضطراب فى بعض الحالات نتيجة لنوع ما من التغير المرضى الدماغى المصاحب ، ولكن التشخيص يجب أن يكون على أساس السمات السلوكية .



Childhood Disintegrative

اضطراب طفولة تحللى

ويستند التشخيص إلى وجود ارتقاء طبيعي ظاهرى حتى عمر سنتين على الأقل ، يليه فقدان أكيد للمهارات المكتسبة سابقاً ، ويصاحب هذا أداء اجتماعى غير طبيعى كيفياً ، ومن المعتاد أن يكون هناك نكوص جسيم أو فقدان للغة ، ونكوص فى مستوى اللعب والسلوك التكيفي ، وفى حالات كثيرة فقدان للتحكم فى التبرز أو التبول مع تدهور فى الأداء الحركى أحياناً . الشكل النموذجى هو أن يصاحب كل هذا فقدان عام للاهتمام بالبيئة المحيطة وعادات حركية نمطية متكررة ، وخلل شبه ذاتوى فى التفاعل الاجتماعى والتواصل . إن هذه الزملة تتشابه فى بعض الجوانب مع حالات الخرف فى الحياة الراشدة ، ولكنها تختلف فى ثلاث أوجه جوهرية :

(١) عادة لايكون هناك دليل على وجود أى أذى أو مرض عضوى قابل للتشخيص (على الرغم من أنه يمكن دائماً استنتاج وجود خلل وظيفى تعقبه درجة من التحسن) .

(٢) اختلال التوافق الاجتماعى والتواصل له صفات مميزة للذاتوية عنها للتدهور الفكرى .

(٣) فقدان المهارات قد تعقبه درجة من التحسن .

يتضمن :

الخرف الطفولى الذهانى التحللى ، زملة هيلر ، الذهان التكافلى .

عند التشخيص الفارق :

يوضع في الاعتبار (بخلاف الأنواع الأخرى من الاضطراب الارتقائى المنتشر) الحبسة المكتسبة مع صرع ، خرس انتقائى ، فصام وزملة رت .

(٥) اضطراب فرط النشاط المصحوب بتخلف عقلى وحركات نمطية :

Overactive Disorder Associated with Mental Retardation & Stereotyped Movements

هو اضطراب ضعيف التحديد ، فى قيمته التصنيفية ، وقد وضع هنا لوجود دليل على أن :

(١) الأطفال ذوى التخلف العقلى الشديد (نسبة الذكاء أقل من ٥٠) ، والذين يعانون من مشاكل عظيمة فى فرط النشاط والانتباه كثيراً مايظهرون سلوكيات نمطية .

(٢) هؤلاء الأطفال لايستفيدون من الأدوية المنشطة (بخلاف الأطفال ذوى نسبة الذكاء الطبيعية) ، وقد يظهرون استجابة سيئة عند إعطائهم المنشطات (أحياناً يصاحبها بطء نفسحركى) .

(٣) فى المراهقة يستبدل فرط النشاط بحالة من قلة النشاط (وهو نمط غير معتاد فى الأطفال طبيعى الذكاء الذين يعانون من فرط الحركة) ، وكذلك من الشائع أن تصاحب هذه الزملة أنوع مختلفة من التأخر الارتقائى ، إما محددة أو شاملة ، ومن غير المعروف ما إذا كان النمط السلوكى هو نتيجة لمعدل الذكاء المنخفض أو لأذى عضوى بالمخ .

(٦) زملة أسبرجر : Asperger Syndrome

هو اضطراب غير مؤكد فى قيمته التصنيفية ، يتميز بالنوع نفسه من الخلل الكيفى فى التفاعل الاجتماعى المتبادل ، الذى يميز الذاتوية ، بالإضافة إلى مخزون محدود ونمطى ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات ، وتختلف عن الذاتوية أساساً فى أنه لايوجد تأخر أو تخلف عام فى اللغة ، أو فى الارتقاء المعرفى ، وعادة ماتظهر فى الذكور .

علاج الأمراض النفسية في الطفل

يعتمد علاج الأمراض النفسية فى الطفولة و المراهقين علي فهم و معرفة ديناميات الأسرة و العلاقة الخاصة بين الطفل و عائلته سواء الأب أو الأم أو الأخوة و كذلك علاقاته مع زملائه فى المدرسة و أقربائه، و أحيانا ماننتبع العلاج الأسري خاصة فى السن الصغير، مع ملاحظة أيعابه منفردا أو مع زملاءه ، و يعتمد العلاج أساسا علي العلاج النفسى مع أطباء نفس الأطفال، و كذلك مع الأخصائيين النفسيين و الأخصائيين التربويين، كذلك العلاج السلوكى و التأهيلي خاصة فى اضطرابات السلك.

و يجب الحذر فى العلاج بالعقاقير و لا تعطي مضادات الاكتئاب إلا فى الحالات الشديدة، حيث أنة فى السنوات الأخيرة تبين أنه أحيانا ما تسبب العقاقير المثبطة لاسترجاع السيروتونين مثل البروزاك أو السيروكسات ، أو اللسترال... الخ بعض الأفكار الانتحارية والتى ينفيها الكثير من العلماء.

ولا مانع من جرعات بسيطة من مضادات الذهان مثل الريسبردال عند ظهور أعراض ذهانية. و كذلك مضادات الصرع مثل التجرتيول و الديباكين فى حالات الهياج المتكرر أو النزق المستمر . و قد سبق ذكر المنبهات مثل الأمفيتامين و الريتالين و أخيرا الستراتييرا فى حالات عجز الانتباه و فرط الحركة أما فى حالات الذاتوية فتعتمد علي علاج تأهيلى و تعليمى و قد تم العلاج بكل أنواع العقاقير مع فوائد محدودة.

اضطرابات سلوكية وانفعالية ذات البداية المتعلقة بالطفولة أو المراهقة

Behavioural and Emotional Disorders

with Onset Specific To Childhood and Adolescence

(١) اضطرابات فرط الحركة : Hyperkinthetic Disorders

هى مجموعة من الاضطرابات تتميز بالتالى :

(١) بداية مبكرة .

(٢) تشابك بين سلوك مفرط للنشاط ، قليل التهذيب ، مع عدم انتباه شديد وفقدان القدرة على الاندماج لفترة ما .

(٣) تنتشر هذه الخصائص السلوكية عبر مواقف عديدة ، كما تستمر ثابتة مع الوقت.

ومن التفكير الشائع أن خللاً تكوينياً ما يلعب دوراً جوهرياً فى نشأة هذه الاضطرابات ، ولكن فى الوقت الحالى تنقصنا المعرفة بشأن سببها المعين ، ولكن فى السنوات الأخيرة فضل استخدام المصطلح التشخيصى (اضطراب عجز الانتباه) (Attention Deficit Disorder) للإشارة لهذه الزملات ؛ خاصة فى التصنيف الأمريكى ، ولكننا لم نستخدمه هنا للأسباب التالية :

(١) أنه يحمل ادعاء بمعرفة العمليات النفسية غير المعلومة حتى الآن .

(٢) أنه يشير إلى إدراج الأطفال القلقين المنشغلين أو الأطفال المتبلدين الحالمين ، والتى غالباً ماتختلف نوعية مشكلاتهم ، ومع ذلك فمن الواضح أنه من وجهة النظر السلوكية تمثل مشكلات عدم الانتباه سمة فى زملات فرط الحركة .

تبدأ دائماً اضطرابات فرط الحركة فى مرحلة مبكرة من الارتقاء (عادة فى السنوات الخمس الأولى من العمر) ، وخصائصها الرئيسية : هى فقدان المثابرة فى النشاطات التى تستدعى اندماجاً معرفياً ، وميل إلى الانتقال من نشاط إلى آخر دون الانتهاء من أى منها ، بالإضافة إلى نشاط مفرط ، غير منظم وغير مرتب ، وتستمر أشكال العجز هذه عادة أثناء سنوات المدرسة حتى أثناء الحياة الراشدة ، ولكن كثيراً من الأفراد يظهرون تحسناً تدريجياً فى النشاط والانتباه .

تصاحب الاضطراب أشكال مختلفة من الاختلالات ؛ فالأطفال المفرطو الحركة كثيراً مايكونون غير مبالين واندفاعيين ، وعرضة للحوادث ، ويجدون أنفسهم دائماً فى مشكلات مع أى نظام ما لتجاوزهم الدائم للقواعد ؛ نتيجة لعدم انتباههم أكثر منه لتحديهم المقصود ، وعلاقاتهم مع البالغين عادة ماتكون غير مكبوتة اجتماعياً ، وتفتقد إلى الحذر والتحفظ الطبيعين ، ولكنهم غير محبوبين بين الأطفال الآخرين ، وقد يصبحون أسرى المنزل ، أما الخلل المعرفى فهو شائع ، كما يكثر التأخر المعين فى ارتقاء الحركة والكلام بشكل غير متناسب .

تتضمن المضاعفات الثانوية السلوك غير الاجتماعى ، وانخفاض تقدير الذات ، وبالتالى فهناك تطابق شديد بين فرط الحركة وأنماط السلوك الفوضوى ، مثل الاضطراب غير المتكيف اجتماعياً ، ومع ذلك .. فإن الدلائل المتوفرة حالياً تحبذ أن يتم فصل المجموعة التى يمثل فرط الحركة المشكلة الرئيسية فيها .



Hyperkinthetic Disorders

اضطرابات فرط الحركة

تحدث اضطرابات فرط الحركة بين الذكور أضعاف معدل حدوثها بين الإناث، وتعتبر صعوبات القراءة المصاحبة (أو مشكلات مدرسية أخرى) شائعة.

وتتميز السمات الجوهرية باضطراب فى الانتباه وفرط النشاط ، وكليهما ضرورى للتشخيص ، ويظهر الانتباه فى شكل الانقطاع المبكر عن المهام ، وترك نشاطات دون استكمالها وينتقل الأطفال كثيراً من نشاط إلى آخر ، ويبدون وكأنهم فقدوا انتباههم بمهمة ما؛ لأن مهمة أخرى قد جذبتهم (على الرغم من أن الدراسات المعملية لاتوضح فى العادة درجة غير عادية من التشتت الحسى أو الإدراكى) . ويجب تشخيص هذه الجوانب من عدم المثابرة وعدم الانتباه فقط ، إذا كانت تتجاوز المنتظر من الطفل فى حدود عمره ومعدل ذكائه .

يتضمن النشاط المفرط ضجراً مفرطاً ؛ خاصة فى المواقف التى تستدعى هدوءاً نسبياً ، قد تصل ، تبعاً للموقف ، إلى حد الركض أو القفز حول المكان أو الوقوف ، عندما يستدعى الأمر أن يظل الطفل جالساً ، أو الكلام والضجيج المفرط ، أو التململ والتلوى ، عندما يكون الطفل فى مكانه . ومقياس الحكم هو أن يكون النشاط عالى الإفراط فى إطار ماهو منتظر فى ذلك الموقف ، بالقياس إلى آخرين فى العمر نفسه ، وبمعدل الذكاء نفسه. وتتضح هذه السمة السلوكية بشكل خاص فى المواقف المنظمة الشكلية ، التى تستدعى درجة عالية من التحكم الذاتى فى السلوك.

ويجب أن يكون كل من الانتباه المضطرب وفرط النشاط واضحين فى أكثر من موقف واحد (على سبيل المثال المنزل ، الفصل والعيادة) .

أما السمات المصاحبة فليست كافية أو ضرورية للتشخيص ، ولكنها تساعد فى تأكيده : عدم الكبت فى العلاقات الاجتماعية والاستهتار فى بعض مواقف الخطر ، والاندفاع فى الاستهزاء بالقواعد الاجتماعية (كما يتضح فى التطفل على أو مقاطعة الآخرين فى نشاطهم ، أو التلفظ المبكر بإجابات لأسئلة لم تستكمل بعد ، أو صعوبة فى احترام الأدوار وانتظارها ، فى طابور مثلاً) ، وكلها مظاهر تميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب .

أما أعراض اضطراب المسلك .. فلاتمثل أى محكات تأكيدية ولاستبعادية للتشخيص الرئيسى ، حيث يجب أن تكون مشكلات السلوك المميزة ذات بداية

مبكرة (قبل عمر ٦ سنوات) وطويلة فى مدتها . ولكن من الصعب تعرف فرط النشاط قبل سن دخول المدرسة ، وذلك لنطاق الاختلافات الواضح . ولذا فإن المستويات شديدة التطرف هى التى تؤدى إلى التشخيص فى أطفال ماقبل سن المدرسة .

فى الحياة الراشدة ، يظل من الممكن استخدام تشخيص اضطراب فرط الحركة ، وأسس التشخيص ذاتها ، ولكن يجب أن يتم تقييم الانتباه والنشاط بالإشارة إلى المقاييس الانتقائية الطبيعية ، ويدرج الآن اضطراب فرط الحركة وعجز الانتباه فى الراشدين ضمن التصنيفات المختلفة .

أما إذا كان هناك فرط حركة فى الطفولة وتحسن ، ثم تلته حالة أخرى مثل اضطراب الشخصية ضد الاجتماعية ، أو سوء استخدام عقار ، عندئذ يرمز إلى الحالة الحالية وليس الحالة السابقة فى التاريخ .



Hyperkinthetic Disorders

اضطرابات فرط الحركة

التشخيص الفارق :

الاضطرابات المختلطة شائعة ، وتكون الأولوية للاضطرابات الارتقائية المنتشرة إن وجدت ، والمشكلة العظمى فى التشخيص الفارق هى التمييز بين اضطراب فرط الحركة حيث له الأولوية فى التشخيص على اضطراب المسلك ، إذا استوفيت معاييره ، ولكن من الشائع أن يصاحب اضطراب التصرف درجات خفيفة

من فرط النشاط وعدم الانتباه .

وقد يبرز فرط نشاط وعدم الانتباه من نوع مختلف تماماً ، يماثل أعراض حالات القلق أو الاضطرابات الاكتئابية ، وبالتالى لايجوز أن يؤدى التململ الذى هو جزء نموذجى من الاضطراب الاكتئابى أو القلق إلى تشخيص فرط الحركة .

وقد وجد المؤلف مع زملائه الباحثين أنه يوجد شذوذ فى رسم المخ فى حوالى ٦٥٪ من الأطفال مفرطى الحركة ؛ خاصة المصحوبين بعلامات عضوية أى إن الاضطرابات يحتمل أن يكون من أسبابها تلف نسيج المخ ؛ حيث إن البعض يعانى من نوبات صرعية ، وقد يظهر الشذوذ فى رسم المخ فى حوالى ٢٥٪ من الحالات غير المصحوبة بعلامات عضوية .

ويتجه العلاج فى هذه الحالات نحو إعطاء عقاقير منبهة ، مثل : الريتالين أو الأمفيتامين أو البيمولين على أساس أن القشرة المخية ، والتى تثبط ماتحدث القشرة فى حالة من الضعف ، وأن إثارتها ستجعلها قادرة على الكف المتزن لمراكز تحت القشرية ؛ مما يجعل السلوك متسماً بالهدوء . وبالطبع يجب الحذر من الإدمان والأرق، وفقدان الشهية ولذا يجب ضبط الجرعة فى حالة كل طفل ، وأحياناً مايستعمل فى العلاج بالليثيوم أو مضادات الصرع مثل التجريتول أو المطمئنات الكبرى مثل الهلوبريدول ، وتصاحب العلاج الكيميائى أنواع مختلفة من العلاج الأسرى والنفسى ، مع وسائل تعليمية وتربوية خاصة .

وقد ظهر أخيراً عقار دولوكستين (ستراتيرا) وهو أحد مضادات الاكتئاب وله خاصية تحسن الإنتباه أكثر من فرط الحركة .

(٢) اضطرابات المسلك (الجناح) : Conduct Disorders

تتميز اضطرابات المسلك بنمط متكرر ومستمر من المسلك غير الاجتماعى أو العدوانى أو التحدى ، وقد يصل هذا السلوك إلى حد الاختراقات العظيمة لما هو مناسب بالنسبة لعمر الطفل والمنتظر منه اجتماعياً ، وبالتالى فهو أشد من العبث أو الازعاج العادى أو تمرد المراهقة ، ويستدعى أن يكون نمطاً ثابتاً من السلوك (ستة شهور أو أكثر) .

وقد تكون سمات اضطراب المسلك أعراضاً لحالات طبنفسية أخرى ، وفى هذه الحالة يفضل استخدام التشخيص الأساسى .

وقد تتطور اضطرابات المسلك فى بعض الحالات إلى اضطراب شخصية ضد اجتماعية سيئة ، تتضمن علاقات عائلية غير محببة وفشل فى المدرسة ، وهو أكثر بين الذكور . والتمييز بينهما وبين الاضطراب الانفعالى مقنن وصحيح ، ولكن فصلها عن فرط النشاط أقل وضوحاً ، وكثيراً مايكون هناك تشابك بينهما . ويجب أن تراعى الأحكام الخاصة بوجود اضطراب فى مستوى المسلك الارتقائى للطفل ؛ فنوبات المزاج العصبى ، على سبيل المثال ، هى جزء طبيعى من ارتقاء طفل ، يبلغ من العمر ثلاث سنوات ، ولايمثل وجودها المجرد أساساً للتشخيص ، كذلك .. فإن خرق الحقوق المدنية للآخرين (بالجريمة العنيفة على سبيل المثال) ليس فى مقدرة أغلب البالغين من العمر سبع سنوات ، وبالتالى فهو ليس معياراً ضرورياً لهذه المجموعة العمرية .

والأمثلة على السلوكيات التى قد يستند إليها التشخيص تتضمن : معدلات مفرطة فى الشجار أو المضايقة ، والقسوة على بشر آخرين أو حيوانات ، وتدميراً مفرطاً للملكية ، إشعال الحرائق ، السرقة ، الكذب المتكرر ، الهروب من المدرسة ومن المنزل ، نوبات مزاج عصبية شديدة وكثيرة فوق العادة ، وعدم طاعة شديد ومستمر.

(أ) اضطراب مسلك مقتصر على إطار العائلة :

Conduct Disorder Confined to the Family Context

هو اضطراب المسلك الذى يتضمن سلوكاً ضد اجتماعى عدوانياً (وليس مجرد سلوك معارض أو متحدى أو مزعج) ، ويقتصر فيه السلوك غير الطبيعى على المنزل أو التفاعلات مع أعضاء العائلة المركزية أو المعاشرين للطفل . ويتطلب التشخيص ألايكون هناك اضطراب فى المسلك ، ذو دلالة خارج إطار العائلة ، وأن تكون علاقات الطفل الاجتماعية خارج إطار العائلة فى النطاق الطبيعى .

سوف نجد فى أغلب الحالات أن اضطرابات المسلك (الجناح) مقتصرة على العائلة قد برزت فى سياق شكل ما من الاضطرابات الشديدة فى علاقة الطفل بواحد ، أو أكثر من أعضاء عائلته المركزية فى بعض الحالات وعلى سبيل المثال .. قد يبرز الاضطراب فى ارتباط بصراع مع زوجة أب جديدة أو زوج أم جديد .

(ب) اضطراب المسلك غير المتوافق اجتماعياً :

Unsocialized Conduct Disorder

يتميز هذا النوع من اضطراب المسلك فى كونه يربط بين سلوك غير اجتماعى

أو عدوانى مستمر ، واضطراب دال ومنتشر فى علاقات الطفل الفرد مع الأطفال الآخرين .

السمة الجوهرية المميزة لهذا الاضطراب ، هو عدم الانخراط المؤثر فى مجموعة من الأقران . ويستدل على اضطراب العلاقات مع الأقران أساساً بالانعزال عن الأطفال الآخرين ، أو المواجهة بالرفض من قبلهم ، وعدم (الشعبية) بينهم ، وكذلك بالافتقار للأصدقاء المقربين والعلاقات المستمرة والمتعاطفة مع آخرين من المجموعة العمرية نفسها ، أما العلاقات مع الراشدين ، فتتميز بالخلاف والعدوانية والرفض .

ومع ذلك .. فقد توجد علاقات طيبة مع راشدين (ولكنها تفتقد إلى الدرجة الوثيقة من الحميمية) وأحياناً يكون هناك خلل عاطفى ، مصاحب بالسلوكيات النموذجية ، وتتضمن : الإغاظة ، والشجار المفرط والابتزاز المالى والاعتداء العنيف (بين الأطفال الأكبر سناً) ، بالإضافة إلى درجات مفرطة من عدم الطاعة والوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة ، وكذلك نوبات المزاج العصبى الشديدة والغضب غير المحكوم ، وتدمير الملكية وإشعال الحرائق والقسوة نحو الأطفال الآخرين والحيوانات . وقد يتورط بعض الأطفال المنعزلين فى آثام جماعية ، عكس طبيعة هذا الاضطراب ، ألا وهى إتيان الإثم منفرداً .

وغالباً ماينتشر الاضطراب عبر عديد من المواقف ، ولكن قد يكون أكثر وضوحاً فى المدرسة ، كذلك إذا اختص الاضطراب بمواقف بخلاف المنزل ، فإن ذلك يتناسب مع التشخيص .

(جـ) اضطراب مسلك (جناح) متوافق اجتماعياً :

Socialized Conduct Disorder

هو اضطراب مسلك (جناح) ، يتضمن سلوكاً ضد اجتماعى وعدوانياً مستمراً ، وليس مجرد مجموعة من السلوكيات المعارضة والمتحدية والمزعجة ، ويحدث فى الأفراد جيدى التكيف مع مجموعة أقرانهم .

مؤشرات تشخيصية :

والسمة الجوهرية المميزة هى وجود صداقات مرضية ومعمرة مع أقران من المجموعة العمرية نفسها تقريباً ، وتتكون مجموعة الأقران من الصغار الآخرين

المتورطين فى نشاطات منحرفة وضد اجتماعية (وفى هذه الحالة يكون تصرف الطفل المرفوض اجتماعياً مقبولاً من مجموعة أقرانه ، وتنظمه الثقافة التحتية التى ينتمى لها) ، ولكن هذه ليست حاجة ضرورية للتشخيص ؛ فالطفل قد يكون جزءاً من مجموعة أقرانا غير منحرفة ، ويمارس سلوكه ضد الاجتماعى خارج هذا الإطار ؛ خاصة إذا كان السلوك ضد الاجتماعى يتضمن اضطهاد الآخرين ، فقد توجد علاقات مضطربة مع الضحايا أو مع بعض الأطفال الآخرين . ومرة أخرى.. فإن هذا لايلغى التشخيص ، شرط أن تكون للطفل مجموعة أقران ما يكن لها الوفاء ، وتتضمن صداقات معمرة .

تميل العلاقات مع راشدين ذوى السلطة إلى أن تكون سيئة ، ولكن قد تكون هناك بعض علاقات طيبة ، أما الاضطرابات العاطفية فعادة ضئيلة . وقد يتضمن اضطراب التصرف أو لايتضمن الإطار العائلى، ولكن اقتصاره على المنزل يستبعد التشخيص ؛ فغالباً مايكون الاضطراب أكثر وضوحاً خارج إطار العائلة ، وإذا ما اختص بالمدرسة (أو سياقات أخرى خارج سياق العائلة) .. فإن ذلك لايتناقض مع التشخيص .

لقد أدرجت هذه الفئة لأغراض التقسيم المتكامل ، ولايترتب على ذلك أى نتائج خاصة باعتبار الاضطراب ، أو عدم اعتباره دليلاً على عدم التكيف الشخصى، ويتضمن : اضطراب الجناح – النوع الجماعى ، انحراف الجماعة ، ارتكاب الآثام فى إطار عضوية عصابة ، السرقة بالاشتراك مع الآخرين ، الهروب من المدرسة .

(د) اضطراب المعارضة المتحدية (الجريئة) :

Oppositional Defiant Disorder

يظهر عادة بين الأطفال الأصغر عمراً ، ويتميز أساساً بوجود سلوك متحد وعاص واستفزازى شديد ، ولايتضمن الأفعال ضد الاجتماعية أو العدوانية الأكثر شدة ؛ ذلك أنه حتى السلوك الفوضوى أو العابث لايكفى فى حد ذاته للتشخيص .

والسمة الأساسية فى هذا الاضطراب هى نمط من السلوك الرافض ، العدوانى المتحدى الاستفزازى الفوضوى المستمر ، الذى يتجاوز بوضوح الإطار الطبيعى لسلوك طفل فى العمر نفسه ، ومن السياق الثقافى والحضارى نفسه ، والذى لايتضمن اختراقات خطرة لحقوق الآخرين ، كما هو مشار إليه فى السلوك العدوانى ، وضد الاجتماعى المعين لتصنيف فئات اضطراب المسلك ..

يميل المصابون بهذا الاضطراب إلى تحدى طلبات أو قواعد الراشدين ، ويغضبون البشر الآخرين عن عمد ، وعادة يميل هؤلاء الأطفال إلى الغضب والامتعاض والاغتياظ السهل بواسطة الآخرين ، الذين يصبحون بعد ذلك محل لوم لأخطاء أو صعوبات الطفل ذاته .



Oppositional Defiant Disorder

اضطراب المعارضة المتحدية

وهم بشكل عام لايحتملون الإحباط ، ويفقدون أعصابهم بسهولة ، ويتميز التحدى الذى يمارسونه بخاصية استفزازية ؛ بحيث إنهم يبدأون المواجهات ، ويمارسون عموماً درجات مفرطة من الوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة ، وفى أحيان كثيرة يظهر هذا السلوك بوضوح أثناء التفاعل مع بالغين أو أقران يعرفهم الطفل جيداً ، وقد لاتتضح علامات الاضطراب أثناء المقابلة السريرية .

الميزة الجوهرية لهذا الاضطراب عن بقية أنواع اضطراب المسلك ، هى غياب السلوك الخارق للقوانين وللحقوق الأساسية للآخرين ، كما يحدث فى حالات السرقة والقسوة والاضطهاد والاعتداء والتدمير .



Oppositional Defiant Disorder

اضطراب المعارضة المتحدية

(هـ) اضطرابات مسلك أخرى وغير محددة :

Other Conduct Disorders and Unspecified

(٣) الاضطرابات المختلطة في المسلك والانفعالات

Mixed Disorders of Conduct and Emotions

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بالجمع بين سلوك عدوانى ، أو ضد اجتماعى ، أو تحدى مستمر ، وأعراض شديدة من الاكتئاب أو القلق أو مضايقات أخرى فى المشاعر .

(أ) اضطراب المسلك الاكتئابى :

Depressive Conduct Disorder

تستدعى هذه الفئة الجمع مابين اضطراب المسلك مع اكتئاب مستمر وشديد فى المزاج ، ويستدل على ذلك بأعراض ، مثل : البؤس المفرط ، وفقدان الاهتمام، والاستمتاع بالنشاطات المعتادة ، ولوم النفس وفقدان الأمل ، وقد تتواجد اضطرابات النوم أو الشهية .

(ب) **اضطراب مختلط آخر فى المسلك والانفعالات :**

Other Mixed Disorder of Conduct and Emotions

تستدعى هذه الفئة الجمع مابين اضطراب المسلك (الجناح) وأعراض انفعالية مستمرة وشديدة ، مثل : القلق ، والوساوس أو الأعراض القهرية أو تبدد الشخصية أو تبدد الواقعية ، والرهاب أو توهم المرض .

(جـ) **اضطراب مختلط فى المسلك والانفعالات ، غير محدد :**

Mixed Disorder of Conduct and Emotions Unspecified

(٤) اضطرابات انفعالية ذات البداية المحددة في الطفولة

Emotional Disorders with Onset Specific to Childhood

كان التقليد فى طب نفس الأطفال أن يجرى التمييز بين الاضطرابات الانفعالية المحددة فى الطفولة والمراهقة ، والاضطرابات العصابية فى الراشدين وقد كان لهذا التمييز أربعة مبررات .

أولاً :

لقد اتفقت نتائج الأبحاث على أن أغلبية الأطفال ذوى الاضطرابات الانفعالية يصبحون راشدين طبيعين (وأن قلة فقط هى التى تصاب باضطرابات عصابية فى الحياة الراشدة) . وعلى العكس .. فإن اضطرابات عصابية راشدة كثيرة تظهر بدايتها فى الحياة الراشدة ، دون أن تكون لها أى سوابق اعتلالات نفسية دالة فى الطفولة ، وبالتالى فهناك انقطاع ما فى الاستمرارية إلا نادراً بين الاضطرابات الانفعالية ، التى تحدث فى هاتين المرحلتين من العمر .

ثانياً :

ثمة كثير من الاضطرابات فى الطفولة تبدو أنها تمثل مبالغات فى الاتجاهات الارتقائية الطبيعية ، أكثر منها ظواهر فى حد ذاتها غير طبيعية كيفياً .

ثالثاً :

وهى ترتبط بالاعتبار الأخير ، حيث كان هناك فى أحيان كثيرة افتراض نظرى بأن العمليات العقلية المتضمنة هنا ، قد لاتكون هى ذاتها المتضمنة فى العصاب الراشد .

رابعاً :

الاضطرابات الانفعالية فى الطفولة أقل وضوحاً فى انقسامها إلى مجموعات افتراضية معينة ، مثل : حالات الرهاب ، واضطرابات وسواسية .

تفتقد النقطة الثالثة إلى البرهان التجريبى ، والمعلومات البيئية تشير إلى أنه إن صحت النقطة الرابعة ، فيكون ذلك فى حدود ضيقة (ذلك أن اضطرابات المشاعر غير واضحة التقسيم شائعة جداً فى كل من الطفولة والحياة الراشدة) .

وبالتالى .. فإن السمة الثانية (أى الملاءمة الارتقائية) تستخدم باعتبارها السمة التشخيصية الجوهرية ، فى تعريف الفرق بين الاضطرابات الانفعالية ذات البداية المحددة فى الطفولة والاضطرابات العصابية ؛ ذلك أن صدق هذا التمييز غير المؤكد . ولكن هناك بعض الدلائل التجريبية التى تشير إلى أن مآل الاضطرابات الانفعالية فى الطفولة الملائمة ارتقائياً أفضل .

(أ) اضطراب قلق الانفصال فى الأطفال :

Separation Anxiety Disorder of Childhood

يجب تشخيص قلق الانفصال ، عندما يمثل الخوف من الانفصال بؤرة للقلق، وحين يظهر هذا القلق أول مايظهر فى السنوات الأولى من الطفولة . ويتميز عن قلق الانفصال الطبيعى ، عندما يكون على درجة من الشدة غير معتادة إحصائياً (بما فى ذلك استمرار غير طبيعى يتجاوز الفترة العمرية العادية) ، وعندما يكون مصحوباً بخلل دال فى الأداء الاجتماعى .

والسمة التشخيصية الجوهرية هى قلق مركزى مفرط ، يتعلق بالانفصال عن الأفراد الذين يلتصق بهم الطفل (عادة الأهل أو أفراد آخرين فى العائلة) ، ولايمثل جزءاً من قلق عام بشأن مواقف متعددة ، ويتميز بالآتى :

(١) انزعاج غير واقعى يشغل بال الطفل بشأن أذى محتمل ، يصيب الأشخاص شديدى الالتصاق به ، أو خوف من أن يتركوه ولايعودون .

(٢) انزعاج غير واقعى يشغل الطفل فى أن حدثاً مشئوماً سوف يفصل بين الطفل، وشخص شديد الالتصاق به ، كأن يفقد الطفل أو يخطف أو يدخل المستشفى أو يقتل .

(٣) مضض أو رفض مستمر لأن يذهب الطفل إلى المدرسة ، خوفاً من الانفصال

(أكثر منه لأسباب أخرى كالخوف مما قد يحدث فى المدرسة) .

(٤) مضض أو رفض مستمر للذهاب إلى النوم ، دون أن يكون فى محيط أو بجانب الشخص ، الذى هو شديد الالتصاق به .

(٥) خوف دائم وغير مناسب من البقاء وحيداً ، أو فى أى حال ، دون أن تكون هذه الشخصية لصيقة فى المنزل .

(٦) كوابيس متكررة حول الانفصال .

(٧) الظهور المتكرر لأعراض جسمية (مثل : الغثيان ، آلام المعدة ، الصداع أو القئ) فى المناسبات التى تتضمن انفصالاً عن الشخصية اللصيقة ، مثل ترك المنزل للذهاب إلى المدرسة .

(٨) ضيق مفرط أو متكرر (يظهر على شكل قلق أو بكاء ، أو نوبات عصبية أو تبلد أو انسحاب اجتماعى) عند توقع أو أثناء أو بعد الانفصال مباشرة عن الشخصية الملتصق بها .

(ب) اضطراب القلق الرهابى فى الطفولة :

Phobic Anxiety Disorder of Childhood

يشير هذا الاضطراب إلى تلك المخاوف فى الطفولة ، التى تبدى ارتباطاً شديداً بمرحلة ارتقائية محددة ، وتظهر (بدرجة ما) فى أغلبية الأطفال ، ولكنها تختلف فى درجة شدتها . أما المخاوف التى تظهر فى الطفولة ، ولكنها لاتشكل جزءاً طبيعياً من الارتقاء النفس اجتماعى (مثل رهاب الساحة) ، فيجب إدراجها تحت الفئة الملائمة مع الراشدين .

وتستخدم هذه الفئة فقط لتشخيص المخاوف الخاصة بمرحلة ارتقائية معينة، عندما تستوفى المعايير الإضافية ، التى تنطبق على كل الاضطرابات فى هذا الجزء ، وهى :

(١) البداية فى فترة عمرية ملائمة ارتقائياً .

(٢) درجة القلق غير طبيعية سريرياً .

(٣) القلق لايكون جزءاً من اضطراب أكثر عمومية .

(جـ) اضطراب القلق الاجتماعى فى الطفولة :

Social Anxiety Disorder of Childhood

نجد فى هذا الاضطراب حذراً من الغرباء ، وكذلك درجة من الخشية الاجتماعية أو القلق ، عند مواجهة مواقف جديدة أو غريبة أو مهددة اجتماعياً ؛ حيث تظهر هذه المخاوف أثناء السنوات الأولى المبكرة من العمر ، ولكنها تكون على درجة عادية من الشدة ، ويصاحبها خلل اجتماعى .

ويظهر قبل عمر ست سنوات ، ويبدى الأطفال المصابون بهذا الاضطراب خوفاً مستمراً أو متكرراً من الغرباء أو تجنباً لهم ، وقد يحدث هذا الخوف أساساً مع الكبار أو الأقران ، أو قد يحدث مع كليهما . ويصاحب هذا الخوف درجة طبيعية من الالتصاق الاختيارى للأهل أو لأشخاص مألوفين آخرين ، ويكون التجنب أو الخوف فى المواجهات الاجتماعية على درجة ، تتجاوز الحدود الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل .

(د) اضطرابات تنافس الأخوة : Sibling Rivlary Disorder

يظهر على أغلبية صغار الأطفال درجة ما من الاختلال الانفعالى ، عادة بعد ولادة أخ أو أخت أصغر منهم مباشرة وفى أغلب الحالات يكون الاختلال خفيفاً . ولكن التنافس أو الغيرة التى تتكون أثناء الفترة التالية لمولد الأخ الأصغر قد تستمر بشكل مرضى .



Sibling Rivlary

اضطرابات تنافس الأخوة

ويستخدم تشخيص اضطراب تنافس الأخوة ، فقط إذا كان :

(أ) بدايته فى الشهور التالية لمولد أخ أصغر مباشرة .

(ب) ويتضمن الخلل الانفعالى عناصر ، تشير دون شك إلى وجود تنافس مع أو غيره من الأخ الأصغر .

(جـ) كانت شدة أو استمرارية الإضطراب غير طبيعية إحصائيًا ، ومصاحبة بخلل اجتماعى .

ويتميز الاضطراب بالجمع بين :

(أ) دليل على وجود تنافس أو غيرة أخوية .

(ب) يبدأ أثناء الشهور التالية لمولد الأخ مباشرة .

(جـ) خلل فى المشاعر غير طبيعى فى درجته واستمراره ، ويصاحبه خلل نفسى اجتماعى ، وقد يظهر التنافس بين الغيرة من الأخوة على شكل مباراة بين الأخوات على جذب اهتمام ومشاعر الأهل ، وقد يصاحب ذلك عدوانية واضحة فى الحالات الشديدة وإصابة جسيمة للأخ ، أو حقد نحوه أو تقليل من شأنه . وفى الحالات الخفيفة ، قد يظهر ذلك فى شكل امتعاض شديد من مشاركة الأخ ، وافتقار الاعتبار الإيجابى له ، وفقر فى التفاعلات الدافئة (الودودة) معه .

أما الاضطراب الانفعالى فقد يتخذ واحداً من أشكال متعددة فهو كثيراً ما يتضمن بعض النكوص ، مع فقدان للمهارات السابق اكتسابها (مثل : التحكم فى التبرز أو التبول وميل نحو السلوك الطفولى) . ويود الطفل فى أحيان كثيرة أيضاً لو قلد أخاه الرضيع فى ممارسته ، مثل : تناول الطعام والذى يسترعى انتباه الأهل هو زيادة فى المسلك المواجه أو المعارض للأهل ، مع نوبات عصبية وعسر مزاج يتضح فى شكل قلق أو بؤس أو انعزال اجتماعى ، وقد يضطرب النوم . وفى أحيان كثيرة يصبح هناك ضغط شديد فى المطالبة بانتباه الأهل ، كما يحدث وقت النوم.

(هـ) اضطراب انفعالى آخر وغير محدد فى الطفولة

Other Emotional Disorder of Childhood and Unspecified

العلاج :

يعتمد العلاج فى كل الحالات السابقة على العلاج النفسى الفردى والأسرى

ووسائل تربوية خاصة ، وأساليب خاصة فى المعاملة ، وأحياناً نستعمل مضادات للقلق الاكتئاب والصرع .



Sibling Rivlary

اضطرابات تنافس الأخوة

(٥) اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات البداية المحددة في الطفولة أو المراهقة

Disorders of Social Functioning

with Onset Specific to Childhood and Adolescence

هى مجموعة من الاضطرابات المتباينة إلى حد ما ، والتى تشترك فى وجود اختلالات فى الأداء الاجتماعى ، ولكنها (بخلاف اضطرابات الارتقاء المنتشرة) لاتتميز أساساً بعجز أو نقص اجتماعى تكوينى ، يتخلل كل مواقع الأداء. وتصاحب هذه الاضطرابات فى العادة تشوهات بيئية شديدة ، أو أشكال شديدة من الحرمان ، والتى يحتمل أن تلعب دوراً خطيراً فى إحداث الحالة .

(أ) **الخرس أو الصمت الاختيارى** : Elective Mutism

هى حالة تتميز بانتقائية فى الكلام ، تحكمها المشاعر ، بحيث إن الطفل يظهر جدارته اللغوية فى بعض المواقف ، ولكن يعجز عن الكلام فى مواقف أخرى (قابلة للتحديد) . وفى أغلب الأحيان يظهر الاضطراب لأول مرة فى بداية الطفولة ، ويحدث بالمعدل نفسه تقريباً فى الجنسين ، ومن المعتاد أن يصاحب الصمت سمات شخصية بارزة ، تتضمن : القلق الاجتماعى ، الانعزال ، الحساسية أو المقاومة ، وعادة مايتكلم الطفل فى المنزل أو مع أصدقاء مقربين ، ولكن يصمت فى المدرسة أو مع الغرباء ، ومع ذلك فقد تحدث أنماط أخرى للاضطراب (بما فيها العكس) .

ويفترض التشخيص الآتى :

(١) مستوى طبيعياً أو قريباً من الطبيعى فى فهم اللغة .

(٢) مستوى من الجدارة فى التعبير اللغوى ، يكفى للتواصل الاجتماعى .

(٣) دليلاً واضحاً على أن الطفل يستطيع أن يتحدث فعلاً بشكل طبيعى أو قريب من الطبيعى فى بعض المواقف . ومع ذلك ، فإن أقلية لابأس بها من الأطفال المصابين بالصمت الانتقائى لديهم تاريخ ، إما من التأخر فى الكلام أو مشكلات فى النطق .

ويمكن استخدام التشخيص فى وجود مشكلات متزامنة فى الكلام واللغة ، شرط أن يوجد من اللغة مايكفى للتواصل المفيد ، ومع فارق كبير فى استخدام اللغة

تبعاً للسياق الاجتماعى ، بحيث إن الطفل يتكلم بطلاقة فى بعض المواقف ، ولكنه يصمت أو يقرب من الصمت فى مواقف أخرى .

كذلك يجب أن يكون هناك دليل واضح على العجز عن الكلام فى بعض المواقف الاجتماعية ، على الرغم من الكلام فى مواقف أخرى . ويستدعى التشخيص أن يستمر العجز عن الكلام لفترة من الوقت ، كما يجب أن يكون هناك ثبات فى القدرة على التنبؤ بالمواقف ، التى سوف يحدث فيها أو لايحدث فيها الكلام .

تعانى الغالبية العظمى من الحالات من اضطرابات اجتماعية وانفعالية أخرى ، ولكن هذه لاتكون جزءاً من السمات الضرورية للتشخيص ، ولاتتبع هذه الاضطرابات نمطاً ثابتاً ، ولكن تشيع السمات المزاجية غير المعتادة (خاصة الحساسية الاجتماعية والقلق الاجتماعى والانعزال الاجتماعى) ، ويشيع السلوك المعارض .

(ب) اضطراب التعلق التفاعلى فى الطفولة :

Reactive Attachment Disorder of Childhood

يبدأ هذا الاضطراب فى السنوات الخمس الأولى من العمر باختلالات مستمرة فى النمط ، الذى يقيم به الطفل علاقاته الاجتماعية ، التى تصاحبها اضطرابات فى المشاعر ، والتى هى استجابة لتغيرات فى الظروف البيئية المحيطة، (مثل : فرط الترقب وفقر التفاعل الاجتماعى مع الأقران، والعدوان نحو الذات والآخرين والبؤس والعجز عن النمو فى بعض الحالات) ، وتحدث هذه الزملة غالباً كنتيجة مباشرة لإهمال الأهل الشديد أو سوء استخدامهم أو معاملتهم للطفل .

السمة الجوهرية هى نمط شاذ من العلاقات مع المعتنين بالطفل ، ويتكون قبل سن الخمس سنوات ، ويتضمن سمات سوء تأقلم ، لاتشاهد فى العادة فى الأطفال الطبيعين ، إلا أنه قد يستجيب إلى تغيرات كافية الشدة فى أنماط التربية .

ويبدى صغار الأطفال المصابون بهذه الزملة استجابات اجتماعية شديدة التناقض والتردد ، وتكون أكثر وضوحاً فى أوقات الفراق واللقاء ؛ فقد يستجيب الطفل لحظة بنظرة كارهة أو بالنظر بعيداً ، أو قد يستجيب للمعتنين به بخليط من الاقتراب والاجتناب ومقاومة الطمأنة ، وقد يتضح اضطراب المشاعر فى البؤس الواضح ، وفقدان الاستجابة العاطفية ، واستجابات انعزالية كأن يركض على الأرض ، أو استجابات عدوانية لضيقه أو ضيق الآخرين ، والخوف وفرط التنبه (مايوصف أحياناً بالترقب المجمد) ، اللذين لايستجيبان للطمأنة .

وفى أغلب الحالات يبدى الأطفال اهتماماً بتفاعلات الأقران ، ولكن الاستجابات العاطفية السلبية تعوق اللعب الاجتماعى ، وفى بعض الحالات يصاحب اضطراب التعلق عجز جسيم فى الازدهار ، مع اختلال فى النمو البدنى.

يتميز هذا الاضطراب بنوع غير طبيعى من عدم الأمان ، الذى ينعكس فى استجابات اجتماعية شديدة التنافس ، لاتشاهد عادة فى الأطفال الطبيعيين ، وتمتد هذه الاستجابات غير الطبيعية عبر مواقف اجتماعية مختلفة ، ولاتقتصر على علاقة ثنائية مع أحد المعتنين بالطفل بشكل خاص ، كما أن هناك انعدام استجابة للطمأنة ، بالإضافة إلى اضطراب مصاحب فى المشاعر فى شكل قلق أو بؤس أو خوف .

هناك خمس سمات رئيسية تميز هذه الحالة عن اضطراب الارتقاء المنتشرة ، هى :

أولاً :

لدى الأطفال ذوو اضطراب التعلق التفاعلى قدرة طبيعية على التبادل والاستجابة الاجتماعية ، فى حين أن الأطفال ذوى اضطراب الارتقاء المنتشر ليس لديهم ذلك .

ثانياً :

على الرغم من أنماط الاستجابات غير الطبيعية فى اضطراب التعلق التفاعلى ، إلا أنه تتحسن بدرجة كبيرة إذا وضع الطفل فى بيئة تربوية طبيعية ، توفر الاستمرارية فى العناية المتجاوبة ، وهذا لايحدث فى اضطرابات الارتقاء المنتشرة .

ثالثاً :

على الرغم من أن الأطفال ذوى اضطراب التعلق التفاعلى ، قد يظهرون خللاً فى ارتقاء اللغة .. إلا أنهم يبدون كيفية غير طبيعية فى التواصل ، مما يميزها عن الذاتوية .

رابعاً :

على العكس من الذاتوية .. فإن اضطراب التعلق التفاعلى لايصاحبه قصور معرفى مستمر وشديد ، ويستجيب بشكل إيجابى للتغير البيئى .

خامساً :

أنماط السلوك والاهتمامات والنشاطات دائمة المحدودية والتكرار والنمطية ليست سمة فى اضطرابات التعلق التفاعلى .

تبرز دائماً اضطرابات التعلق التفاعلى فى ارتباط برعاية ناقصة ، وقد يأخذ شكل سوء معاملة أو إهمال نفسى (كما تدل عليه العقوبة القاسية ، أو الفشل الدائم فى التجاوب مع مبادرات الطفل أو عدم أهلية الأهل) ، أو إهمال جسدى (كما يدل عليه عدم المراعاة الدائمة لاحتياجات الطفل الأساسية ، أو الإصابة المتعمدة المتكررة ، أو عدم التوفير الملائم للغذاء) ، فيجب الحذر عند استخدام التشخيص فى غياب دليل سوء معاملة أو إهمال ، كذلك لايجوز استخدام التشخيص آلياً على أساس أن هناك سوء معاملة أو إهمالاً ؛ إذ ليس كل الأطفال المهملة أو التى تعامل معاملة سيئة يظهرون هذا الاضطراب .

(جـ) اضطراب التعلق المنفلت فى الطفولة (المنطلق) :

Disinhibited Attachment Disorder of Childhood

هو نمط خاص من الأداء الاجتماعى غير الطبيعى ، الذى يبرز أثناء السنوات الخمس الأولى من العمر ، والذى إذا استقر ، يميل إلى الاستمرارية ، على الرغم من التغير فى الظروف البيئية ، يظهر عند عمر السنتين غالباً على شكل سلوك التصاق وتعلق عام وغير انتقائى . عندما يبلغ الطفل أربع سنوات تبقى التعلقات العامة ، ولكن الالتصاق يتميز بسلوك باحث عن الانتباه والود ، ولكن السلوك الباحث عن الانتباه كثيراً مايستمر ، ومن المعتاد أن تكون هناك تفاعلات ضعيفة مع الأقران ، وقد تصاحبها اختلالات فى المشاعر ، أو السلوك طبقاً للظروف المحيطة ، ويظهر ذلك بوضوح فى الأطفال ، الذين تمت تربيتهم فى مؤسسات منذ الطفولة المبكرة ، ولكنها قد تحدث أيضاً فى مواقف أخرى ، والمعتقد أنها تنشأ جزئياً نتيجة عجز دائم عن فرصة خلق تعلقات انتقائية ؛ نتيجة للتغير الدائم والكثير للقائمين على العناية بالطفل .

إن وحدة المفهوم التى تستند إليها الزملة ، تعتمد على البداية المبكرة لتعلقات عامة ، واستمرار فقر التفاعلات الاجتماعية ، وافتقاد خصوصية الموقف . ولذا .. يجب أن يستند التشخيص إلى دليل على أن الطفل قد أظهر درجة غير عادية من العمومية فى تعلقه الانتقائى ، أثناء السنوات الخمس الأولى ، وإن هذا قد صاحبه سلوك التصاقى عام فى الطفولة المبكرة أو سلوك توددى ، جانب للانتباه دون تمييز

فى الطفولة المبكرة والمتوسطة . وعادة تكون هناك صعوبة فى تشكيل علاقات وثيقة حميمة مع الأقران ، وقد تصاحب ذلك وقد لاتصاحبه اختلالات فى المشاعر أو السلوك ، وفى أغلب الحالات يكون هناك تاريخ واضح فى وسيلة التربية فى السنوات الأولى ، يتضمن انقطاعات شديدة فى القائمين على العناية بالطفل ، أو تغيرات متعددة فى وضعه وسط عائلة (كما هو الحال مع التغيير المتكرر لعائلات التبنى) .

(د) اضطرابات الأداء الاجتماعى وغير المحددة فى الطفولة

Other Childhood Disorders of Social Functioning

اضطرابات اللوازم

Tic Disorders

هى زملات تتمثل مظاهرها الأساسية فى شكل ما من اللوازم . واللازمة هى حركة عضلية غير إرادية وسريعة ومتكررة وغير ايقاعية (تتضمن عادة مجموعات محددة من العضلات) ، وذات بداية مفاجئة ، ولايخدم أى غرض واضح .

وتبدو اللوازم أنها خبرة لاتقاوم ، ومع ذلك فمن الممكن كبتها لفترات متراوحة من الوقت ، ويمكن تصنيف كل من اللوازم الحركية والصوتية إما إلى بسيطة أو مركبة ، ومع ذلك فالحدود بينها ليست جيدة التعريف .

وتتضمن اللوازم الحركية البسيطة الشائعة: طرفة العين ، رجة الرقبة ، هزة الكتف ولوى قسمات الوجه – أما اللوازم الصوتية الشائعة، فتتضمن : تصفية الحلق، النباح ، الفحيح .

وتتضمن اللوازم المركبة الشائعة : ضرب الذات ، القفز والوثب على قدم واحدة (الحجل) ، أما اللوازم الصوتية المركبة الشائعة ، فتتضمن: تكرار كلمات بعينها وأحياناً استخدام كلمات (خارجة فى كثير من الأحيان) غير مقبولة اجتماعياً (بذاءة) ، وتكرار الأصوات أو الكلمات التى تصدر عن النفس (الجلجلة) .

وهناك تباين عظيم فى شدة اللوازم ، ففى طرف تكون الظاهرة أقرب إلى الطبيعة حيث يبديها طفل من كل خمسة أو طفل من كل عشرة ، وفى الطرف الآخر يوجد زملة توريت ، وهى اضطراب غير شائع ومزمن يجعل المريض عاجزاً ، ومن غير المؤكد ما إذا كان الطرفان يمثلان حالات مختلفة ، أو ما إذا كانا نهايتين للمتصل نفسه .

وكثير من الباحثين يعتبرون الاحتمال الأخير أكثر وروداً ، وتظهر اضطرابات اللوازم فى الأولاد أكثر بكثير منها فى البنات ، وكذلك يشيع وجود تاريخ عائلى .

وينتشر مص الإبهام فى حوالى ٨٣٪ من الأطفال ، ويصاحب الجوع فى أوائل شهور الحياة ، ثم تنخفض مع آلام التسنين بعد ذلك ، وإن استمرت بعد سن الثالثة .. فتدل على استمرار درجة التوتر الداخلى فى الفرد ، ويجب على الوالدين هنا محاولة شغل أيدى الطفل باللعب المختلفة .

ونجد أن ثلث مرضى قضم أو عض الأظافر وأكل الجلد المحاط بها يعانون من أعراض عصابية أخرى ، ويعبر هذا العرض كمص الإبهام من توتر داخلى ، وقلق ذاتى وصراعات نفسية للفرد .

والسمات الرئيسية التى تميز اللوازم عن اضطرابات الحركة الأخرى ، هى :

الطبيعية المفاجئة والسريعة والمحدودة للحركات ، بالإضافة إلى غياب دليل على وجود مرض عصبى أساسى ، وتختفى التكرارية فى العادة أثناء النوم ، وكذلك السهولة التى يمكن بها تكرارها أو كبتها إرادياً . ويميز اللوازم انعدام الإيقاعية عن الحركة المتكررة النمطية ، التى تشاهد فى بعض حالات الذاتوية أو التخلف العقلى ؛ ذلك أن النشاطات الحركية المتكررة المشاهدة فى هذه الاضطرابات ذاتها ، هى حركات أكثر تعقيداً وتبايناً من تلك المشاهدة عادة مع اللوازم .



اضطرابات اللوازم

Tic Disorders



اضطرابات اللوازم

Tic Disorders

وقد تتشابه الممارسات الوسواسية القهرية أحياناً مع اللوازم المركبة ، ولكنها تختلف فى أن شكلها يتحدد تبعاً للغرض منها (مثل لمس شىء ما أو الدوران عدد من المرات) أكثر من مجموعات العضلات المشتركة فى الحركة ، ومع ذلك ، فإن التمييز أحياناً يكون صعباً .

تحدث اللوازم غالباً كظواهر منفردة ، ولكن ليس من غير الشائع أن تكون مصاحبة بنطاق واسع من اضطرابات المشاعر ؛ خاصة الظواهر الوسواسية وظواهر التوهم المرضى ، وقد تصاحب التأخرات الارتقائية المحددة بعض اللوازم.

(أ) **اضطراب اللوازم العابر** : Transient Tic Disorder

يستوفى المعايير العامة لاضطراب اللوازم ، ولكن اللوازم لاتستمر لأطول من اثنى عشر شهراً ، وهذا هو أكثر أشكال اللوازم شيوعاً ، يزيد معدله فى سن أربع أو خمس سنوات .

وتأخذ اللوازم عادة شكل طرفة العين ، أو لوى قسمات الوجه وهزة الرأس ، وفى بعض الحالات تحدث اللوازم فى نوبة واحدة ، ولكن فى حالات أخرى قد تحدث تحسنات وانتكاسات تستمر لفترة شهور .

(ب) اضطراب اللوازم الحركي أو الصوتي المزمن

Chronic Motor or Vocal Tic Disorder

يستوفى المعايير العامة لاضطراب اللوازم ، الذى يتكون من لوازم حركية أو صوتية ، والذى يكون إما منفرداً أو متعدداً (وإن كان فى العادة متعدداً) ويستمر لفترة أطول من سنة .

(جـ) اللوازم الصوتية والحركية المتعددة المشتركة (زملة توريت)

Combined Vocal and Motor Tic Disorder (De la Tourette Syndrome).

هو شكل من اضطراب اللوازم يتميز فيه بلوازم حركية متعددة وواحد أو أكثر من اللوازم الصوتية ، على الرغم من أنه لايشترط تزامنها ، وكثيراً ماتزداد الأعراض سوءاً أثناء المراهقة ، ومن الشائع أن يستمر الاضطراب فى الحياة الراشدة .

كثيراً ماتكون اللوازم الصوتية متعددة مع أصوات انفجارية متكررة وتصفية حلق ونخر ، وقد تستخدم كلمات أو جمل فاحشة ، أحياناً تصاحب الحالة إصدار حركة إشارية ، قد تكون لها أيضاً طبيعة فاحشة (بذاء الحركة) .

(د) اضطرابات لوازم أخرى وغير محددة

Other and Unspecified Tic Disorders

العلاج :

يعتمد علاج اللوازم على العلاج السلوكى فى هيئة الممارسة السلبية بتكرار اللوازم أمام المرآة عدة مرات ؛ حتى تصبح إرادية أكثر منها لاشعورية . وثبت نجاح العلاج بالعقار بيموزيد (أوراب) أوريسبردال خاصة فى زملة توريت . وحديثاً وجد المؤلف مع د/طارق عكاشة (١٩٩٦) نتائج مشجعة من العقاقير المضادة للاكتئاب الخاصة بزيادة الموصل العصبى السيروتونين مثل البروزاك أو الفافادين .. الخ .

اضطرابات أخرى فى السلوك والمشاعر تبدأ عادة أثناء الطفولة أو المراهقة

Other Behavioural and Emotional Disorders with Onset Usually in Chidhood and Adolescence

تتضمن هذه الفئة مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات ، تشترك فى خاصية أنها تبدأ فى الطفولة .

(١) التبول اللاإرادى (سلس البول) غير العضوى :

Nonorganic Eneuresis

يتميز هذا الاضطراب بإفراغ لاإرادى للبول أثناء النهار والليل ، ويعتبر غير طبيعى بالقياس إلى عمر الفرد العقلى ، وليس نتيجة لعدم التحكم فى المثانة بسبب أى اضطراب عصبى أو نوبات صرعية أو أى عيب فى مجرى البول ، وقد يحدث التبول اللاإرادى منذ الولادة ، أو قد يظهر بعد فترة من التحكم المكتسب فى المثانة .

ولايوجد حد فاصل واضح بين الاختلافات الطبيعية فى سن اكتساب التحكم فى المثانة واضطراب التبول اللاإرادى . ومع ذلك .. فإنه فى العادة لايتم تشخيص سلس البول فى طفل أقل من عمر خمس سنوات ، أو يقل عمره العقلى عن أربع سنوات ، أما إذا صاحب سلس التبول اضطراب مشاعرأو سلوك (آخر) ما ، فإن سلس البول يعتبر عادة التشخيص الأولى فقط ، إذا حدث الإفراغ اللاإرادى للبول عدة مرات على الأقل فى الأسبوع .

يصاب الأطفال أحياناً بسلس بول عابر ؛ كنتيجة لالتهاب المثانة أو كثرة التبول (مثل حالات السكر) ، ولكن لايمثل ذلك تفسيراً كافياً للتبول اللاإرادى ، الذى يستمر بعد أن يكون الخمج (الالتهاب) قد شفى ، ويحتمل أن يكون التهاب المثانة ثانوياً للتبول اللاإرادى ، وأن يحدث التهاب فى مجرى البول (خاصة فى الفتيات) كنتيجة للبلل المستمر .

ينتشر هذا المرض بين الأطفال خاصة الصبية ، حيث تتراوح النسبة من ٣ إلى ٨٪ من كل الأطفال . وفى أحد الأبحاث الميدانية التى قام بها المؤلف بين كل المدارس الابتدائية والإعدادية ، سواء الخاصة أو الحكومية فى مدينة طنطا ، وجد أن

هذا المرض أكثر انتشاراً فى المدارس الحكومية ؛ بحيث تزداد نسبة المستوى الاجتماعى الفقير والطبقات ذات الدخل المحدود ، وانتشار المرض بين الأولاد يفوق بمراحل نسبته بين البنات ، وعادة مايكون المرضى ذوى ذكاء متوسط أو أقل من المتوسط .

وغالباً مايحجم الولدان عن عرض طفلهم على الطبيب ، إلا بعد فترة طويلة ؛ لخجلهم من الإفصاح عن طبيعة المرض ، ويأتى معظم الأطفال للعلاج بين ٨-١١ عاماً ، ولهذا المرض أهمية كبيرة فى تكوين الشخصية ؛ إذ إن التحكم فى التبول والتبرز من أول الصراعات بين الغرائز البدائية ومذاهب اللذة وحاجات وتقاليد المجتمع ومذهب الواقع ، فإذا فشل الفرد فى حل هذا الصراع نتج اضطراب واضح فى الشخصية ، يعرضه عند النضوج لعدة أعراض عصابية ، وعادة مانجد أن أحد الوالدين وبعض الأخوة قد أصيبوا بالمرض نفسه فى طفولتهم ؛ مما يدل على أهمية العامل الوراثى .

ونستطيع تقسيم التبول الليلى اللاإرادى للآتى :

(١) أسباب عضوية :

مثل : التهاب المثانة – صغر حجم المثانة ، ضيق فى عنق المثانة – نوبات صرعية كبيرة ليلية – النوم العميق الثقيل – اضطراب فى منطقة المثانة فى الحبل الشوكى – انقسام فى الفقرات القطنية بالعمود الفقرى – التهابات فى الحبل الشوكى ... إلخ .

(٢) أسباب نفسية :

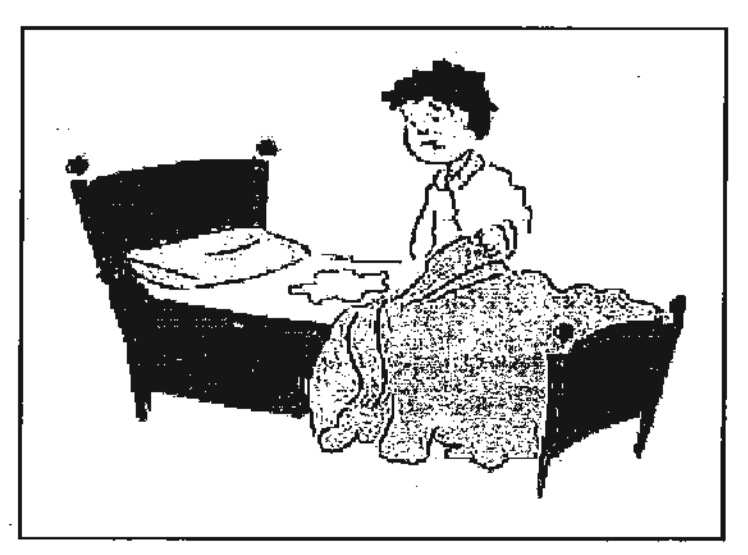
وأهمها القلق النفسى ، وعامل المنافسة ، والغيرة من ولادة طفل أصغر ، واهتمام الأسرة بالطفل الجديد ، فهنا ينكص الطفل الأكبر ويبدأ فى التبول ثانية ؛ لإثارة العائلة لاشعورياً وجذب الاهتمام الكافى له ، وأحياناً مايحدث التبول الليلى ، عند تعرض الطفل أثناء النهار لصراعات مختلفة ، مع إحباط وكبت لانفعالاته .

(٣) أسباب فسيولوجية :

تميل النظريات الحديثة لاعتبار التبول اللاإرادى علامة على عدم نضج الجهاز العصبى ، وفشله فى تكوين الفعل المنعكس الشرطى الناضج ، وهو اليقظة عند امتلاء المثانة . ونظراً لفشل تكوين هذا الفعل المنعكس ، تفرغ المثانة محتوياتها كلما امتلأت

دون الحاجة لليقظة ، ويتجه بالطبع العلاج لإقامة وبناء هذا الفعل المنعكس .

ويعتمد مصير المرض إن لم يعالج على عمر المريض ، فيشفى عادة ٦٠٪ من الأولاد و٧٤٪ من البنات تلقائياً فيتحسن النصف عند بلوغ سن ١٢ ، و٧٥٪ عند سن ١٤ ، ولكن لايصح ترك الطفل يعانى من هذه المرض طوال هذه المدة حتى يشفى تلقائياً ؛ نظراً لما يتبع ذلك من اضطرابات فى الشخصية ، وفقدان الثقة فى الذات والانعزال ، وظهور علامات عصابية .



Nonorganic Eneuresis Bedwetting

التبول اللإرادى

العلاج :

(١) الامتناع عن الإيذاء والعقاب والتهديد ؛ لأن هذا السلوك غير مثمر .

(٢) فهم صراعات الطفل ، ومساعدته على التعبير عن انفعالاته ومشاكله الخاصة، وتفسير ذلك للعائلة وتوجيهها للمعاملة الصحيحة .

(٣) لامانع من تقليل كمية السوائل مساءً، وإيقاظ الطفل للتبول ، قبل خلود الوالدين للنوم .

(٤) العقاقير المقوية للجهاز السمبتاوى والخافضة من عمق النوم ، مثل : البلادونا والريتالين ... إلخ ؛ لأن ذلك يساعد قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات أكبر من البول .

(٥) العقاقير المضادة للاكتئاب خاصة التوفرانيل والتربتيزول والانفرانيل بكميات

تتراوح من ٢٥-٧٥ مجم يومياً ، ويمكن تناولها مرة واحدة مساء أو على فترات أثناء الليل . وتعمل هذه العقاقير من خلال عدة تأثيرات فسيولوجية ، أهمها : أنها مضادة للأعصاب الباراسمبتاوية ، ومن ثم تقوى الأعصاب السمبتاوية ، وتحتفظ المثانة بكميات أكبر من البول ، وكذلك تقلل هذه الأدوية من درجة القلق والاكتئاب ، التى يعانى منها الطفل ، وأخيراً تخفض من عمق مستوى النوم .

وتلعب كل هذه العوامل دوراً فى بناء الفعل المنعكس الشرطى الجديد باليقظة عند امتلاء المثانة ، ويجب الاستمرار على العلاج لمدة لاتقل عن ستة شهور ؛ حتى نتأكد من سلامة الفعل المنعكس الجديد .

(٦) العلاج السلوكى الشرطى : وقد سبق الحديث عنه مع العلاج السلوكى فى الأمراض العصابية ، والغرض منه تكوين فعل منعكس شرطى بتوصيل جرس رنان بالأعضاء التناسلية ، فإن بدأ الطفل فى التبول ، تتم توصيلة كهربائية ومن ثم يرن الجرس ، ويستيقظ الطفل ، وتدريجياً يستيقظ وحده عند امتلاء المثانة دون الحاجة إلى الجرس الرنان.

وقد وجد المؤلف فى أحد أبحاثه عن ٣٢ حالة مستعصية للعلاج بالعقاقير وتطبيق العلاج السلوكى عليهم نتائج مشجعة ، وكانت النسبة شفاء فى ٧٢٪ ، تحسن فى ١٦٪ ، لاتغير فى ١٢٪ .

(٧) يميل البعض للاعتقاد بوجود حزمة ليفية ، تحيط بمراكز أعصاب المثانة فى الحبل الشوكى ، وأنه يجب إزالة هذه الحزمة جراحياً ، ولم يثبت علمياً وعملياً نتيجة هذه الجراحة ، ويحتاج البرهان لمدة طويلة من المتابعة لاستبعاد العامل الإيحائى .

(٢) التبرز اللاإرادى غير العضوى (سلس البراز غير العضوى)

Nonorganic Encopresis

هو المرور المتكرر أو اللاإرادى لبراز طبيعى أو قريب من الطبيعى فى تكوينه . وعادة فى أماكن ليست ملائمة لهذا الغرض ، بالقياس إلى الوضع الاجتماعى أو الثقافى للفرد نفسه . قد تمثل الحالة استمراراً غير طبيعى للسلس الطفولى الطبيعى ، أو قد تتضمن فقداناً للحصر بعد فترة من اكتساب التحكم فى البراز ، أو قد تتضمن إخراجاً قصدياً للبراز فى أماكن غير مناسبة ، على الرغم من التحكم الوظيفى الطبيعى فى التبرز ، وقد تحدث الحالة كاضطراب أحادى العرض ، أو قد تكون جزءاً

من اضطراب أوسع ؛ خاصة اضطراب مشاعر أو اضطراب جناح .

والسمة التشخيصية الجوهرية هى إخراج البراز فى أماكن غير مناسبة ، وقد تبرز الحالة بعدة طرق مختلفة :

(١) قد تمثل افتقاداً للتدريب الكافى على قضاء الحاجة أو عدم الاستجابة المناسبة للتدريب ، مع تاريخ للفشل الدائم فى اكتساب تحكم واف فى التبرز .

(٢) قد تعكس وجود اضطراب محدد نفسياً ، يوجد فيه تحكم وظيفى طبيعى فى التبرز ، ولكن لسبب ما هناك ممانعة أو مقاومة أو عجزاً عن العمل ؛ طبقاً للمعايير الاجتماعية بالتبرز فى أماكن مقبولة .

(٣) قد تنشأ الحالة عن احتباس مع فيض وإخراج للبراز فى أماكن غير مناسبة ، وهذا الاحتباس قد يبرز كنتيجة لشجارات بين الطفل وأهله حول التدريب، أو حول الامتناع عن التبرز ، أو بسبب الألم المصاحب له (على سبيل المثال كنتيجة لشق شرجى) ، أو لأسباب أخرى ، يصاحب التبرز اللاإرادى فى بعض الأحوال تلطيخ للجسد أو للبيئة الخارجية بالبراز ، وأحياناً قد يصاحبه ملامسة للشرج بالأصبع أو ممارسة العادة السرية .

تنحصر الأسباب العضوية فى إصابة المراكز الخاصة بالحبل الشوكى أو المخ، أما أسبابه النفسية فعادة ماتكون تعبيراً عدوانياً من الطفل نحو أمه ، ويتجه العلاج لفهم وتفسير هذا العدوان والنفور للعائلة ، مع إعطاء بعض العقاقير المقوية للعضلات العاصرة فى الشرج .

(٣) اضطراب الأكل فى البداءة والطفولة المبكرة :

Feeding Disorder of Infancy and Childhood

هو اضطراب فى الأكل ، متعدد المظاهر ، ويقتصر عادة على مرحلة البداءة والطفولة المبكرة . يتضمن الاضطراب بشكل عام رفضاً للطعام وذبولاً (خاصية انتقائية) شديداً ، على الرغم من وجود كمية متوافرة من الطعام وكفاءة معقولة فى من يقومون برعاية الطفل . وفى غياب مرض عضوى ، قد تصاحب الحالة أو قد لاتصاحبها اجترارات (بمعنى قئ متكرر دون غثيان ، أو مرض فى المعدة والأمعاء) .

(٤) الوحم للطعام غير الطبيعي فى البداءة أو الطفولة :

Pica of Infancy and Childhood

هو الأكل المستمر لمواد غير مغذية (مثل الطين ، نشارة الخشب ، الدهان... إلخ) ، وقد يحدث كواحد من أعراض كثيرة ، تتكون جزءاً من اضطراب طبنفسى أوسع (مثل الذاتوية) ، أو قد يحدث كسلوك اعتلال نفسى منفرد نسبياً ، الحالة الأخيرة فقط هى التى يرمز لها هنا ، هى الأكثر شيوعاً بين الأطفال المتخلفين .

(٥) اضطرابات الحركة النمطية (المقولية) :

Stereotyped Movement Disorder

هى حركات إرادية ومتكررة ونمطية وغير وظيفية (وغالباً إيقاعية) ، لاتكون جزءاً من حالة طبنفسية أو عصبية معروفة ، وغير متسببة فى أذى للذات، وتتضمن : أرجحة الجسم ، هز الرأس ، جذب الشعر ، لوى الشعر ، نقر الأصابع المتكرر والتصفيق بالأيدى .

أما السلوك النمطى المتسبب فى إيذاء النفس ، فيتضمن ارتطام الرأس المتكرر ، صفع الوجه ، الضغط على العين ، وعض الأيدى أو الشفاه ، أو أجزاء أخرى من الجسم .

(٦) اضطرابات الكلام :

تأخذ هذه الاضطرابات عدة صور إكلينيكية من تلعثم ، إلى تأخر فى الكلام أو البكم المؤقت أو الثأثأة والفأفأة ، أو صعوبة إخراج مقاطع الكلمات ، أو بعض الحروف. وأهم هذه الاضطرابات من الناحية المرضية هو التلعثم .

(أ) **اللجلجة أو التلعثم** : Stammering

هو كلام يتميز بتكرار عالٍ أو تطوير فى الأصوات أو المقاطع اللفظية أو الكلمات ، أو بترددات وانقطاعات كثيرة ، تقطع الانسياب الايقاعى للكلام ، وهو شائع جداً كمرحلة عابرة فى الطفولة المبكرة .

ويجب أن تصنف الحالة كاضطراب فقط إذا كانت على درجة من الشدة ، بحيث تخل بانسياب الكلام ، وقد تكون هناك حركات مصاحبة فى الوجه أو جزء آخر من الجسم ، تتزامن مع التكرارات أو الإطارات أو الانقطاعات فى انسياب الكلام.

ويجب أن تميز التمتمة عن القلقلة (انظر أدناه) وعن اللوازم ، وفى بعض الحالات قد يصاحب الحالة اضطراب ارتقائى فى الكلام أو اللغة .

يبدأ الاضطراب عادة فى سن الثالثة أو الرابعة ، أثناء اكتساب الطفل الكلام، أو فى الخامسة عند دخوله المدرسة وبداية المنافسة بينه وبين زملائه ، ونادراً مايبدأ فى سن البلوغ والمراهقة خاصة عند الحديث مع الجنس الآخر ، ومايصاحب فترة المراهقة من حرج اجتماعى .

والتلعثم أكثر انتشاراً فى الصبية ، وكان يعتقد البعض أنه نادر الحدوث فى المجتمعات البدائية ، ولكن ثبت خطأ هذا الظن ، وبرهنت الأبحاث الحديثة على وجوده بنسبة محترمة ، وقد وجدت نسبته بين مرضى النفوس والعقول المترددين على عيادة الطب النفسى بالجامعة حوالى ٥.٠٪ ، وقد قامت دكتورة زينب بشرى، تحت إشرافى ، بمسح منطقة شرق القاهرة ، ووجدت أن نسبة التلعثم بين الطلبة من سن ٦–١٢ تصل إلى ٠,٩٣٪ أى حوالى ١٪ .

وعادة مايؤمن الوالدان أن طفلهم سيتغلب على تلعثمه عند النضوج ، وهذا اعتقاد خاطئ ؛ لأن هذا العرض سيسبب كثيراً من الآلام النفسية وعدم الاستقرار والانعزال ، والتوتر .

وتتعدد أسباب التلعثم فى الآتى :

(١) تلف أو عطب وظيفى فى مراكز الكلام فى المخ .

(٢) منافسة بين فصى المخ السائد وغير السائد ، ويفسر ذلك انتشار التلعثم فى الطفل الأعسر ، عندما تحاول عائلته الضغط عليه للكتابة باليد اليمنى فقد خلق هذا الأعسر بالفص السائد فى الناحية اليمنى ، وتحاول العائلة إجبار الناحية اليسرى على السيطرة ، وهنا يتنافس الفصان فى السيادة وينتج التلعثم نتيجة لهذا الصراع.

(٣) التلعثم أحد أعراض القلق النفسى ، ويبرهن على ذلك أنه يختفى ، عندما يقرأ المريض منفرداً ، أو يقرأ بعض الآيات المعروفة ، ويزيد عند سؤاله أمام الناس ، وهى علامة فقدان الثقة بالذات ، واضطراب فى التوافق الاجتماعى.

ويتجه العلاج النفسى والكلامى إلى فهم مشاكل المريض ، وتقليل درجة التوتر المصاحبة للتلعثم ، مع مساعدته على نطق الحروف بطريقة سليمة . وكثر

الجدل أخيراً بالنسبة للعلاج التسجيلى المرافق أو الظلى . وأساس العلاج أن المتلعثم يزداد توتره عندما يستمع إلى ذاته ، وأنه إذا استطعنا تشتيت انتباهه بحيث لايستمع لصوته ، فهنا يستطيع الكلام بطلاقة ، ويعزز ذلك ثقته بذاته ، وهنا نسجل للمريض كلامه أثناء قراءته لأحد الموضوعات ، ثم يكرر ماسجله أثناء قراءته للموضوع نفسة، فيقرأ أثناء استماعه لصوته فى التسجيل ، فنلاحظ تحسناً واضحاً فى القراءة الثانية من جراء توقف استماعه لكلامه الذاتى .. وتدريجياً يعزز التحسن ثقته، وينخفض القلق ، وقد مارست هذا العلاج فى عدة حالات ، وأستطيع أن أضيف أنها من أنجح الوسائل لعلاج التلعثم .

كذلك قمت فى أحد الأبحاث بعلاج هذه الحالات ، تحت تأثير عقار ل. س. د. مع نتائج مشجعة ، حيث إن المتلعثم ينطلق من أسوار القلق ، ويتكلم بطلاقة تحت تأثير العقار مما يعزز ثقته بنفسه ، وفى أحد الأبحاث الحديثة التى قام بها المؤلف مع الدكتورة زينب، تبين أن نسبة عالية من المتلعثمين يعانون من شذوذ فى رسم المخ الكهربائى فى حوالى ٤٦ ٪ ، وأنه لامانع فى بعض الأحيان من استعمال العقاقير المضادة للصرع ، وعادة مايقوم إخصائى للعلاج التخاطبى بالعلاج مع نتائج مشجعة .

وعلاج التلعثم عامة من أصعب الأمور فى اضطرابات الطفل النفسية .

(ب) القلقلة : Cluttering

هو معدل سريع فى الكلام مع انقطاع فى انسياب الكلام ، ولكن دون تكرارات أو ترددات، وعلى درجة من الشدة تؤدى إلى إخلال فى وضوح الكلام ، مع ظهور كلام غريب وعسير الإيقاع (على سبيل المثال تناوب انقطاعات واندفاعات الكلام تؤدى إلى تكوين مجموعات من الكلام ، غير مرتبطة بالهيكل النحوى للجملة) .

(٧) اضطراب الجنس :

يجب الحرص على ألا يكون الطفل عرضة للملامسة الجسدية ، والقبلات والأحضان المستمرة بعد سن الثالثة أو الرابعة ، حتى لايتكون عنده ترابط شرطى باللذة المصاحبة للتلامس الجسدى الذاتى .

(٨) اضطرابات سلوك أو مشاعر أخرى محددة ، تبدأ عادة فى الطفولة أو المراهقة .

Other Specified Behavioural and Emotional Disorders with Onset Usually Occurring Childhood and Adolescencc

يتضمن :

اضطراب نقص الانتباه دون فرط الحركة ، ممارسة العادة السرية ، قضم الأظافر ، نخر الأنف ، رضاعة الإبهام .

العلاج :

حدثت فى السنوات الأخيرة طفرة كبيرة فى علاج الاضطرابات النفسية فى الطفل ، ويشمل : العلاج الأسرى الفردى والعلاج الكيميائى ، والعلاج السلوكى.

وإذا أخذنا فى الاعتبار أن حوالى نصف سكان مصر والبلاد العربية أقل من سن الخامسة عشر ، يتضح قصور الخدمات النفسية للطفل ، سواء فى عدد أطباء نفس الطفل ، أو هيئة التمريض أو الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين . ويجب تدارك هذا القصور فى أى خطة قومية للصحة النفسية .



طب نفسي المسنين
الاضطرابات العصابية والذهانية في المسنين



أصبحت الأسرة متفككة بعد التقدم الصناعي والحضاري وسهولة المواصلات بين البلاد المختلفة ، فنجد أن الأجيال الجديدة تهاجر من بلد لآخر ، بل ولامانع من الانفصال عن ذويهم في سن مبكرة ، وكذلك يتزوج الفتيات ويتركن الأسرة .. فيجد الآباء والأمهات أنفسهم في عزلة عن بقية العائلة ، ويصبحون في عزلة اجتماعية ، تعزز ظهور الأمراض النفسية والعقلية في هؤلاء المسنين ، ويختلف هذا المناخ الاجتماعي عما كان من قبل من تكامل وارتباط الأسرة ؛ حيث كان الأبناء والأطفال يعيشون في منزل واحد ، يرأسه كبير العائلة ، ويعطي له الاحترام الكامل والسيادة المطلقة ، ومن ثم تحترم شيخوخته . وما زالت هذه العادات موجودة في القبائل البدائية ، والأرياف المتخلفة حضاريًا .

أدى تقدم الطب فى السنوات الأخيرة إلى طول مدة حياة الفرد ، وزيادة واضحة فى عدد المسنين فى أى مجتمع؛ خاصة فى المجتمعات المتحضرة .

ومن أهم أمراض الشيخوخة التى تواجه المجتمع المعاصر الأمراض العصابية والذهانية ؛ خاصة أنه قد أصبح ممكناً الآن علاج هذه الأمراض فى مراحل العمر المختلفة ؛ مما أدى إلى تراكمها حتى سن الشيخوخة . وقد كان المرضى النفسيين والعقليين سابقاً يستسلمون للمرض منذ بدايته وينتهون فى المستشفيات الخاصة بذلك.

ولكن اختلف الوضع الآن وأصبحنا نواجه عدداً أكبر من المسنين ، لدرجة أنه بعد أن كانت الغالبية العظمى من المرضى فى مستشفيات الأمراض العقلية يعانون من الفصام فى أواسط العمر ، تشير النسب الحالية إلى تفوق عدد المسنين والمصابين بذهان الشيخوخة عن كل أمراض الذهان الأخرى ؛ خاصة كما سبق أن ذكرنا فى الأماكن المتحضرة ، حيث يعتنى الطب بصحة أفراد الشعب ، وسنواجه فى مصر هذه المشكلة بعد عدة سنوات حيث إن مستوى عمر الفرد فى بلدنا ما زال متوسطاً نظراً

لانتشار الأمراض الجسمية والوبائية والحميات؛ مما يؤثر فى مدى حياة الإنسان ، ولكن مع ارتفاع مستوى العناية الصحية سوف يرتفع عدد المسنين وبالتالى ينتشر عصاب الذهان وذهان الشيخوخة .

ويبلغ الآن عدد المسنين فوق سن ٦٥ حوالى ٤,٥ ٪ من مجموعة الشعب ، مقارنة بنسبة تتراوح من ١٥ - ٢٢ ٪ فى اليابان والولايات المتحدة وأوربا ، وينتظر أن تصل النسبة فى مصر عام ٢٠١٠ إلى حوالى ٦ - ٨ ٪ من مجموع الشعب .

وتتراوح نسبة انتشار ذهان الشيخوخة من مكان لآخر ، ولكن تدل بعض الأبحاث الحديثة على أن حوالى ١ ٪ من المسنين يعانون من خرف الشيخوخة ، وهو أحد أمراض ذهان الشيخوخة .

وتلعب العوامل الاجتماعية دوراً مهماً فى انتشار هذه الأمراض .

وأهم هذه العوامل الآتى :

١ - العزلة الاجتماعية :

أصبحت الأسرة متفككة بعد التقدم الصناعى والحضارى وسهولة المواصلات بين البلاد المختلفة ، فنجد أن الأجيال الجديدة تهاجر من بلد لآخر ، بل ولامانع من الانفصال عن ذويهم فى سن مبكرة ، وكذلك يتزوج الفتيات ويتركن الأسرة .. فيجد الآباء والأمهات أنفسهم فى عزلة عن بقية العائلة ، ويصبحون فى عزلة اجتماعية ، تعزز ظهور الأمراض النفسية والعقلية فى هؤلاء المسنين ، ويختلف هذا المناخ الاجتماعى عما كان من قبل من تكامل وارتباط الأسرة ؛ حيث كان الأبناء والأطفال يعيشون فى منزل واحد ، يرأسه كبير العائلة ، ويعطى له الاحترام الكامل والسيادة المطلقة ، ومن ثم تحترم شيخوخته . وما زالت هذه العادات موجودة فى القبائل البدائية ، والأرياف المتخلفة حضاريًا .

٢ - العجز :

أحياناً ما يحدث العجز والعزلة الاجتماعية من جراء أمراض جسمية خاصة تلك المتعلقة بالحواس الخاصة ، وأهمها فقدان الإبصار والصمم مما يفصل بين المسن والمجتمع الذى يعيش فيه ، ومن ثم يبدأ الشك فيمن حوله ، وتتولد عنده بعض الضلالات الاضطهادية ، وغيرها من أعراض العصاب والذهان .

٣ - التقاعد :

تثير مشكلة التقاعد فى المسن عدة عوامل ، أهمها : نقص الدخل المادى

وزيادة الفراغ وضياع الأهداف ، وفقدان جزء من احترامه الأدبى وتحديد أفق المستقبل ، ويبدو على المتقاعد وكأنه ينتظر الموت بفارغ الصبر ؛ خاصة أن الكثيرين يتقاعدون فى سن يكونون فيها فى قمة الكفاءة الفكرية والجسدية ، ولذا يجب الوقاية من التقاعد المفاجئ ، وجعلها عملية تدريجية حتى يستفاد من المتقاعد بطريقة استشارية نظراً للخبرة الطويلة ، التى مر بها ، ولمنع ظهور أعراض العصاب والذهان عليه .

ونستطيع تصنيف اضطرابات الشيخوخة العقلية كالآتى :

١- خرف ما قبل الشيخوخة (الخرف المبكر) .

٢- خرف الشيخوخة .

٣- خرف تصلب شرايين المخ (تعدد الاحتشاءات) .

٤- ذهان الشيخوخة الوجداني .

٥- فصام الشيخوخة (البارافرانيا المتأخرة) .

٦- حالات الهذيان .

٧- أنواع أخرى، مثل: الصرع ، زهرى الجهاز العصبى ، أورام المخ ، هبوط القلب ... إلخ .

العته (الخرف) :

العته أو الخرف هو زملة سببها مرض فى المخ ، وعادة ما تكون ذات طبيعة مزمنة ، أو تتبع مساراً متزايداً ، وتتميز باختلال وظائف قشرية عالية متعددة ، تتضمن : الذاكرة والتفكير والاهتداء والفهم والقدرة الحسابية والقدرة على التعلم واللغة والحكم على الأمور ، ولايكون الوعى مشوشا . وعادة ما تصاحبها اختلالات معرفية وأحيانا ما يسبقها تدهور فى التحكم فى المشاعر ، والسلوك الاجتماعى أو الدوافع . وتوجد هذه الزملة فى مرض الزهيمر والأمراض المخية الوعائية ، وفى حالات أخرى تؤثر على المخ بدرجة أولية أو ثانوية .

وتشخيص الخرف لايستبعد وجود تشخيص إضافى لنوبة اكتئابية (قابلة للعلاج) ، كما يجب أن يسجل أى تشخيص إضافى آخر ، عند وجود أى أعراض ذات دلالة ، كالهلاوس أو الضلالات .

مؤشرات تشخيصية :

الاحتياج الأول هو وجود دليل على تدهور كل من الذاكرة والتفكير بدرجة كافية لإحداث خلل فى الممارسة العملية فى الحياة اليومية ، ويصيب الخلل عملية تسجيل وتخزين واستعادة المعلومات الحديثة ، كما قد تفقد كذلك معلومات سبق تعلمها أو معلومات مألوفة ؛ خاصة فى المراحل المتأخرة من المرض .

والخرف يتجاوز النساوة ، فهناك كذلك ضعف فى التفكير والاستنتاج واختزال وانسياب الأفكار ، كما تختل كذلك معالجة المعلومات الواردة ، ويجد الفرد صعوبة متزايدة فى الانتباه إلى أكثر من منبه فى وقت واحد ، مثل : أن يشارك فى محادثة مع عدد من الأشخاص ، كما تكون هناك صعوبة فى تحويل مركز الانتباه من موضوع إلى آخر .

ويجب أن يأتى الدليل على هذه الأعراض من فحص الحالة العقلية ، بالإضافة إلى تاريخ الحالة المأخوذة من الراوى أو المبلغ ، والشرط الأساسى هنا هو وجود دليل على وضوح الوعى وإلا فلا يمكن أن يكون الخرف هو التشخيص الوحيد . ويجب أن يكون هناك دليل على الأعراض والاختلالات المذكورة أعلاه لفترة ، لا تقل عن ستة شهور على الأقل ؛ كى يكون التشخيص الإكلينيكى للزملة تشخيصاً محل ثقة . ويراعى التالى فى التشخيص الفارق :

١- اضطراب اكتئابى ، والذى قد يتضمن كثيراً من ملامح الخرف الحديث؛ خاصة اضطراب الذاكرة وبطء التفكير وافتقاد التلقائية .

٢- الهذيان .

٣- تخلف عقلى خفيف أو متوسط الشدة .

٤- حالات الوظائف العقلية الأقل من الطبيعى ، والتى يمكن إرجاعها إلى بيئة شديدة الفقر اجتماعياً ، مع التعليم المحدود .

٥- الاضطرابات العقلية الناجمة عن العقاقير العلاجية فى الأمراض المختلفة .

الخرف فى مرض الزهيمر : Dementia in Alzheimer

مرض الزهيمر مرض تنكسى دماغى ، وغير معروف الأسباب ، ذو سمات مرضية عصبية وكيميائية ، وعادة ما يكون ذا بداية تدريجية ويتطور ببطء ولكن بثبات عبر فترة عدة سنوات. وقد تكون هذه الفترة قصيرة، سنتين أو ثلاثة، ولكن أحياناً ما تطول عن ذلك كثيراً ، وقد تكون البداية فى منتصف العمر ، أو حتى قبل

ذلك (مرض الزهيمر ذو البداية قبل الشيخوخة) ، ولكن معدل حدوثه يزيد فى المراحل المتأخرة من العمر (مرض الزهيمر ذو البداية فى الشيخوخة) ، ويمثل الحالات التى تبدأ فى سن ٦٥ – ٧٥ عاما إلا أن يكون لها تاريخ عائلى لخرف مشابه .

ويكون مسار المرض أكثر سرعة كما تبرز سمات إصابة الفصين الجدارى والصدغى، بما فى ذلك عسر الكلام أو عسر الأداء فى الخرف المبكر . أما فى الحالات التى تبدأ متأخرة .. فإن المسار يميل إلى أن يكون أكثر بطئاً ، كما تتميز باختلال أكثر شمولا فى الوظائف القشرية العليا .

وتكون هناك تغيرات مميزة فى المخ مثل :

انخفاض شديد فى عدد العيصوبات ، خاصة فى تلفيف فرس البحر Hippocampus ، والموضع النحاسى Locus coeruleus ، والقشرة الصدغية الجدارية والقشرة الجبهية ، وكذلك ظهور كتل متشابكة الخيوط من الليفات العصبية ، تتكون من ليفات حلزونية مزدوجة ، ولويحات شيخوخة تتكون أساساً من مادة شبيهة بالنشا وأجسام متحوصلة ذات حبيبات . وكذلك تحدث تغيرات كيميائية ، وتتضمن انخفاض خميرة التحول الاستيلى للكولين ، والاستيل – كولين ذاته ، بالإضافة إلى موصلات ومعدلات عصبية أخرى .

وقد وجد أن الأطفال المصابين بالمنغولية يصابون بمرض الزهيمر فى سن العشرين ، مما جعل البعض يعتقد فى احتمال تأثير الصبغ الوراثى رقم ٢١ فى مرض الزهيمر مثل المنغولية .

وينتشر مرض الزهيمر فى نسبة ٢ – ٤ ٪ من الذين يتجاوزون الخامسة والستين من العمر، وتزداد هذه النسبة مع تقدم العمر حتى تصل إلى ٤٠ ٪ لمن هم فوق التسعين ، وهو أكثر انتشاراً بين الإناث ، ويكثر بين أقارب المصاب عنه بين الناس بصفة عامة .

السمات التالية لازمة للتشخيص :

١– وجود الخرف كما هو موصوف أعلاه .

٢– بداية تدريجية مع تدهور بطئ ، وفى حين يصعب عادة تحديد البداية فى نقطة زمنية ، إلا أن إدراك الآخرين لوجود الخلل قد يحدث فجأة . وقد يمر تطور المرض بمرحلة ثبات . وحتى الوقت الحالى .. فإن الخرف فى مرض الزهيمر غير ارتجاعى ؛ أى غير قابل للشفاء .

٣- غياب دليل إكلينيكى أو نتائج فحوصات خاصة تشير إلى احتمال أن تكون الحالة العقلية ثانوية لمرض جهازى أو مخى آخر ، يمكن أن يحدث خرفاً (على سبيل المثال القصور الدرقى ، فرط الكالسيوم فى الدم ، نقص فيتامين ب١٢ ، نقص النيسين ، زهرى الجهاز العصبى ، استسقاء الرأس طبيعى الضغط ، أو تجمع دموى تحت الجافية أو مرض الإيدز) .

٤- غياب بداية مفاجئة ، وغياب علامات عصبية لإصابة بؤرية ، مثل : الضعف النصفى (الخدل) ، فقدان الإحساس ، عيوب فى المجال البصرى والاختلاج فى بداية المرض (ولكن هذه الظواهر قد تضاف فى مرحلة متأخرة) .

وقد تجتمع فى نسبة معينة من الحالات سمات كل من مرض الزهيمر والخرف الوعائى ، وفى هذه الحالات يجب تشخيص الحالة تشخيصاً مزدوجاً ، إذا كانت كل حالة من الحالتين موجودة بشكل واضح ، وإذا جاء الخرف الوعائى سابقاً على مرض الزهيمر .. فقد يصبح من غير الممكن الوصول إلى تشخيص الأخير على أساس إكلينيكى ، ويجب اعتبار التالى فى التشخيص الفارق :

١- اضطراب اكتئابى .

٢- هذيان .



Alzheimer Disease

خرف الزهايمر

٣- زملة النساوة العضوية .

٤- أنواع أخرى من الخرف الأولى ، مثل : مرض بك ، أو كرتشفيلد - يعقوب أو مرض هنتنجتون .

٥- الخرف الثانوى المصاحب لعديد من الأمراض الجسمية وحالات التسمم.

٦- تخلف عقلى خفيف أو متوسط .

(أ) الخرف فى مرض الزهيمر ، ذى البداية المبكرة :

Dementia in Alzheimer Disease, with Early Onset

يبدأ الخرف فى مرض الزهيمر قبل سن الخامسة والستين ، ويبدأ مساراً أسرع نسبيًّا فى تدهوره ، بالإضافة إلى اضطرابات شديدة متعددة فى الوظائف القشرية الأعلى ، مثل : الحبسة ، وعدم القدرة على الكتابة أو القراءة .

(ب) (الخرف) فى مرض الزهيمر ، ذى البداية المتأخرة (خرف أو عته الشيخوخة سابقاً)

Dementia in Alzheimer Disease, with Late Onset

تبدأ ملاحظة بداية الخرف مع مرض الزهيمر إكلينيكيًّا بعد سن الـ ٦٥ ، وأحيانا كثيرة فى نهاية السبعينيات أو ما بعدها . ويتميز بمسار ارتقائى بطئ ، وعادة ما يكون اختلال الذاكرة هو السمة الأساسية فيه .

ونستطيع تقسيم مراحل التطور فى مرض الزهيمر كالآتى :

١- المرحلة الأولى :

اضطراب الذاكرة للحوادث القريبة ، مع فشل القدرة على القيام بأوجه النشاط المختلفة فى حياة المريض . ثم يبدأ المريض فى فقدان الاستبصار وتعرف الزمان والمكان ، مع ظهور نشاط زائد غير هادف ، والمداومة على الحركة نفسها وتكرارها المستمر لمدة طويلة ، مثل : خلع ولبس الملابس ، وتحريك الأيدى على الأرجل ، فك الأزرار ، ثم إعادتها مرة ثانية .. وهكذا هى الصورة الإكلينيكية من الأعراض المميزة لهذا المرض ، ثم يبدأ المريض فى الخمول ، وفقدان التلقائية مع اضطراب الوجدان من اكتئاب متطاير إلى عدم تناسب انفعالى ، وأحياناً تظهر بعض الهلاوس السمعية والبصرية وضلالات اضطهادية .

٢- المرحلة الثانية :

تتضح بعض العلامات العصبية فى الجهاز العصبى من صعوبة الكلام والكتابة والحركة ، مع اختلاف فى طريقة المشى تماثل مرض الشلل الاهتزازى ، وتظهر نوبات صرعية فى ثلث الحالات ، مع فقدان القدرة على التحكم فى التبول والتبرز .

٣- المرحلة الثالثة : النهائية :

ويصاب المريض باضمحلال عقلى وجسمى ، ويصبح فى حالة حيوانية لا يعى معها شيئاً مما حوله ، وينكص لمرحلة طفلية تنتهى بالوفاة .

أسباب مرض الزهيمر :

ما زال السبب فى مرض الزهيمر غير معروف ، ولكن هناك افتراضاً بوجود العامل الوراثى فى بعض الأنواع ؛ لزيادة انتشاره بين الأقارب ، ولوحظ حدوثه بين أغلب المرضى بزملة داون (Down's syndrome) ، الذين يظلون على قيد الحياة إلى العقد الثالث من العمر ، كما اكتشف حديثاً شذوذ فى الكروموزم (الصبغ) رقم (٢١) لدى مرضى الزهيمر ، وهو الكروموزوم الشاذ نفسه فى زملة داون .

وقد لوحظ وجود عنصر الألومونيوم بمعدلات مرتفعة فى أنسجة الدماغ للمرضى المتوفين بسبب مرض الزهيمر ، كما لوحظ نقص فى كمية الإنزيم لتخليق الاستيل كولين Choline acetyl transferase ، كما أفترض أن السبب عدوى فيروسية ، أو أنه مرض فى المناعة الذاتية (Autoimmune disease) ، ولكن الأساس هو نقص الاستيل كولين .

علاج مرض الزهيمر :

لايوجد علاج محدد لمرض الزهيمر ، ولكن هناك محاولات علاجية ، تستخدم عقاقير تزيد من الاستيل كولين مثل تتراهيدرو أمينوكريدين (Tetrahydroaminoacridine) ، وحديثاً أريسبت (Donpezil) وإكسلون (Rivas-tigmine) والعقار الحديث إبكسا (ميمانتيم) والذى يعمل من خلال الجلوتاميت وليس الكولين يأتى بنتائج مشجعة وأخيرا جالانتامين والكولين والليسيثين (Choline, Leci-thine) ، التى يتكون منها الاستيل كولين ، ولوحظ أن خلطه مع العوامل التى تحفز النشاط قبل المشتبكى للخلايا العصبية مثل (Piracetam) ، الذى يعرف تجارياً باسم نوتروبيل (Nootropil) أو أكسيجيرون أو كافينتون .

وكل هذه العقاقير تزيد من نسبة الجلوكوز والأكسجين والموصلات العصبية فى

المخ ؛ بالإضافة إلى رعاية المرضى ، التى قد تصل إلى رعاية مستمرة فى الحالات شديدة التدهور ، وإعطاء عقاقير للأعراض النفسية إذا لزم الأمر ، كما يجب توجيه الاهتمام لأسرته التى تعنى به ، والتى قد يصيبها الملل من رعايته لفترة طويلة دون تحسن .

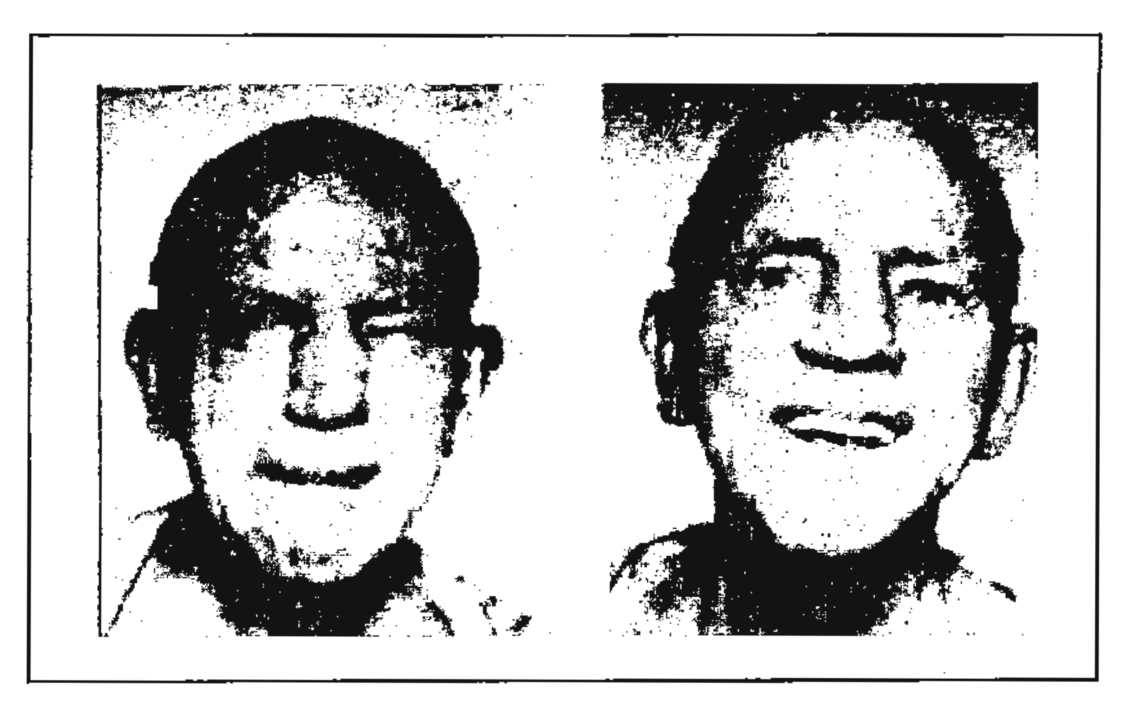
ويتميز الخرف بكافة أنواعه بالأعراض الإكلينيكية والسلوكية الآتية :

١ – تغير عقلى :

يضطرب الفهم ، ويتشتت الانتباه ، ويصعب التركيز وتضمحل الذاكرة أولا للأحداث القريبة ، ثم تمتد لتشمل كل حياة الفرد ، مع اضطراب فى تعرف الزمان والمكان ، وتدهور القدرة على الحكم والتقدير السليم ، مع التأرجح الواضح فى درجة الانتباه .

٢ – تغير وجدانى :

يظهر الاضطراب الانفعالى بكافة أنواعه ، وخاصة عدم التناسب الوجدانى الضحك والبكاء دون سبب وبطريقة اندفاعية فجائية ، ويتغير المزاج من الاكتئاب للمرح بصورة سريعة ، ويصاحب الاكتئاب بداية المرض فى حوالى ٣٠٪ من الحالات .



عدم التناسب الانفعالى
فى خرف وعائى متعدد الاحتشاءات

٣- تغير سلوكى :

يسلك المريض سلوكاً غريباً عن طبيعته ، مختلفاً عن سابق عهده ، كالاستغراق فى الجنس ، أو الانحراف والاغتصاب ، والاستجناس ، واستعراض أعضائه التناسلية أمام زوجته وأولاده وأحيانا أصدقائه ، مع التصرف الصبيانى فى كثير من نواحى نشاطه العام .

٤- تغير ذهانى :

يبدأ بهلاوس بصرية كرؤية الحيوانات والحشرات وهلاوس سمعية، وخلالات إضهادية مع شكوك.

٥- تغير فى الشخصية :

يأخذ ذلك طابع الأنانية والسلبية ، وكثرة الطلبات وضيق اهتماماته ، والبدء فى العزلة عن الناس ، مع حب التملك والسيطرة ، وتوهم العلل البدنية ، والشك فيمن حوله ، واتهامهم بالكلام عنه ورغبتهم فى التخلص منه . ويساعد على ذلك اضطراب الذاكرة .

وتتدهور حالة مرضى خرف الشيخوخة تدريجيًا حتى يفقد المريض ذاكرته وشخصيته تماماً ، ويصاب بسلس البول والبراز ، ويحيا حياة حيوانية مع ضرورة إطعامه والاعتناء به ونومه .. إلخ ؛ حتى تنتهى الحالة بالوفاة من ضعف المقاومة لأى عدوى أو مرض جسمى .



Alzheimer Disease

خرف الزهايمر

(٢) الخرف الوعائي : (خرف تصلب شرايين المخ) :

Vascular Dementia

الخرف الوعائى هو نتيجة لاحتشاء (جلطة) فى المخ بسبب مرض وعائى، متضمناً المرض المخى الوعائى نتيجة لارتفاع الضغط . والمعتاد أن يكون هناك تاريخ من النوبات الإقفارية (الإسكيميا) أو نقص مجرى الدم العابر فى المخ ، مع اضطراب فى الوعى يستمر لفترة قصيرة ، أو خدل متنقل أو فقدان الإبصار .

وقد يأتى الخرف أيضاً بعد سلسلة من الحوادث المخية الوعائية الحادة ، أو بدرجة أقل بعد احتشاء وحيد شديد .. حينئذ يظهر بعض الاضطراب فى الذاكرة والتفكير ، وقد تكون بدايته مفاجئته تأتى بعد نوبة إقفارية ، أو قد يظهر الخرف بشكل آخر تدريجيا .



Vascular Dementia

خرف وعائى

مؤشرات تشخيصية :

يفترض التشخيص وجود خرف ، كما هو موضح أعلاه ، وكثيرا ما يكون الاضطراب المعرفى غير متناسق ، بحيث يمكن أن يكون هناك فقدان ذاكرة واضطراب ذهنى وعلامات عصبية ، وقد يظل الاستبصار والحكم على الأمور سليمين نسبياً .

ويزيد احتمال التشخيص مع وجود بداية مفاجئة أو تدهور متدرج ، بالإضافة إلى وجود علامات عصبية بؤرية ، ولايمكن – فى بعض الحالات – التأكد من التشخيص سوى بواسطة التصوير المقطعى المحورى المبرمج على الحاسوب ، أو فى النهاية بواسطة فحص المرضية العصبية للصفة التشريحية .

السمات المصاحبة هى :

ارتفاع ضغط الدم ، لغط صوتى سباتى ، تغيرات عاطفية مع مزاج اكتئابى عابر ، بكاء أو ضحك انفجارى أو عدم التناسب الانفعالى ، نوبات عابرة من تشوش الوعى أو الهذيان كثيراً ما يثيرها احتشاء إضافى . ويعتقد أن الشخصية تظل متماسكة نسبياً ، وإن كان يمكن أن تظهر فى نسبة من الحالات تغيرات واضحة فى الشخصية مثل التمركز حول الذات أو الاتجاهات البارانويدية أو النزق.

(أ) خرف وعائى ذو البداية الحادة :

Vascular Dementia of Acute Onset

يتكون عادة بعد تعاقب احتشاءات ، تصدر إما عن خثار أو انضمام أو نزيف دماغى وعائى . وفى حالات نادرة قد يكون السبب نزيفاً وحيداً غزيراً .

(ب) خرف وعائى متعدد الاحتشاءات : Multi - Infarct Dementia

البداية هنا أكثر تدريجية وتأتى بعد عدد من النوبات الإقفارية ، والتى تكون تراكماً من الغورات (الثغرات) فى اللاحمة (النسيج الحشوى الدماغى) الدماغية ، وهو أساساً خرف قشرى .

(جـ) خرف وعائى تحت قشرى : Subcortical Vascula Dementia

يتضمن حالات ذات تاريخ من ارتفاع ضغط الدم ، بالإضافة إلى بؤر من التدمير الإقفارى فى المادة البيضاء العميقة بنصفى الكرة الدماغيين ، وعادة ما تبقى القشرة الدماغية سليمة ؛ مما يتباين مع الصورة الإكلينيكية ، والتى قد تتشابه كثيراً مع صورة الخرف فى مرض الزهيمر .

(حين يتضح وجود زوال نخاعى منتشر فى المادة البيضاء ، يمكن استخدام اصطلاح اعتلال المخ من نوع البيز فاجنز) .

(د) **خرف وعائى قشرى وتحت قشرى مختلط :**

Mixed Cortical and Subcortical Vascular Dementia

يستنتج احتمال وجود مكونات قشرية وتحت قشرية ، مختلطة فى أنواع الخرف الوعائية من السمات الإكلينيكية ونتائج الفحوصات (بما فيها الصفة التشريحية) أو كليهما .

(٣) الخرف فـي مرض بيك : Dementia in Pick's Disease

هو خرف ارتقائى المسار، يبدأ فى منتصف العمر ، ويتميز بتغيرات مبكرة بطيئـة التكوين فى الذهن والذاكرة ووظائف اللغـة مع تبلد ، أو ابتـهاج وفـى بعض الحالات علامات خارج هرمية . وتعكس صورة الاعتلال العصبى ضموراً انتقائيّاً للفصوص الجبهية والصدغية ، ولكن دون ظهور لويحات شيخوخة أو كتل متشابكة من الليفات العصبية ، أكثر مما يشاهد فى الشيخوخة الطبيعية .

ويكون مسار الحالة أكثر شدة فى الحالات التى تبدأ مبكراً ، وفى أحيان كثيرة تكون المظاهر الاجتماعية والسلوكية للمرض سابقة على اضطراب الذاكرة ، أى إنه يختلف عن مـرض الزهيمـر فى أن بداية الأعـراض تكون فى التـدهور الخلقى والاجتماعى، الذى يؤدى إلى سلوك ضد اجتماعى ، قبل علامات الخرف، وتظهر التغيرات المزاجية التى تتناوب بين تبلد الشعور أو الإحساس بحسن الحال ، ويحتفظ المريض بقدرته على الذاكرة والتعرف لمدة طويلة قبل الاضمحلال . مع ظهور علامات عصبية فى الكلام والكتابة والحركة . ويندر حدوث الهلاوس والضلالات بعكس مرض الزهيمر .

مؤشرات تشخيصية :

١- خرف متزايد .

٢- غلبة لسمات الفص الجبهى أو ابتهاج وتبلد عاطفى ، وجفاف فى السلوك الاجتماعى وجموح وإما تبلد أو تململ .

٣- هذه الظواهر السلوكية عادة ما تسبق اضطراب الذاكرة الواضح ؛ أى إن القدرة على التعرف الزمنى والمكانى تستمر سليمة قبل التدهور البطئ .

وتكون سمات الفص الجبهى أكثر بروزاً من سمات الفصين الصدغى والجدارى بخلاف مرض الزهيمر . وعادة ما تكون البداية بين سنى ٥٠ و٦٠ سنة، والحالات

التى تبدأ مبكرا تميل إلى أن تسلك مساراً خبيثاً .

عند التشخيص الفارق نراعي :

١– الخرف فى مرض الزهيمر .

٢– الخرف الوعائى .

٣– خرف ثانوى لاضطرابات أخرى مثل زهرى الجهاز العصبى .

٤– استسقاء الرأس طبيعى الضغط (يتميز ببطء نفسحركى بالغ ، واضطرابات السير واضطرابات العضلات العاصرة أى قباضات الإخراج) .

٥– اضطرابات أيضية أو اضطرابات عصبية أخرى لاستبعادها ، ولكن يمكن اتباع الوسائل نفسها المستعملة فى مرض الزهيمر .

العلاج : لا يوجد علاج .

(٤) الخرف في مرض كرتشفيلد - يعقوب :

Dementia in Creutzfeldt - Jakob Disease

هو خرف متزايد تصاحبه علامات عصبية قصوى ؛ نتيجة لتغيرات عصبية معينة (اعتلال الدماغ إسفنجى الشكل تحت الحاد) ، يفترض أن سببها وسيط وقابل للنقل ، أى أحد أنواع الفيروسات ، وتكون البداية عادة فى العقد الثالث والرابع ، تطور المرض سريع ، ويؤدى إلى الموت غالباً خلال سنة إلى خمس سنوات ، وهو ما أطلق عليه مؤخراً جنون البقر .

مؤشرات تشخيصية :

يجب أن يوضح احتمال مرض كرتشفيلد – يعقوب فى كل حالات الخرف، التى تتقدم بمعدل سريع نوعاً ما على مدى فترة ، تتراوح بين شهور وسنة أو سنتين وتصاحبها أو تتلوها أعراض عصبية فى بعض الحالات ، كتلك التى يطلق عليها اسم الضمور العضلى ، وقد تسبق بداية الخرف العلامات العصبية .

هناك عادة شلل تشنجى ومتزايد فى الأطراف ، يصاحبه علامات خارج هرمية مع رعاش وصلابة وحركات رقص كنعى ، وقد تتضمن الظواهر الأخرى: الاختلاج ، فشلاً بصرياً، أو رجفاناً عضلياً وضموراً فى نوع العصبة الحركية الأعلى، ويعتقد أن هناك ثلاثية تشير بشدة إلى هذا العرض ، تتكون من :

١- خرف سريع التزايد .

٢- مرض هرمى وخارج هرمى مع رجفان عضلى .

٣- رسم دماغ كهربائى مميز (ثلاثى المراحل) ، مساره تحت حاد ، ويؤدى إلى الوفاة فى غضون عام أو عامين .

عند التشخيص الفارق نراعى :

١- مرض الزهيمر أو مرض بك .

٢- مرض باركنسون .

٣- الباركنسونية التالية لالتهاب الدماغ .

(٥) الخرف فـي مرض هنتجـتون Dementia in Huntington's Disease:

هو خـرف يحـدث كـجـزء من انحـلال واسع الانتـشـار بالمخ ، ويتم نقل الاضطرابات بواسطة جين صبغى رقم (٤) جسدى غالب منفرد .

وعـادة ما تظهـر الأعراض فى العقدين الثالث والرابع . تطور المرض بطئ ويؤدى إلى الموت غالباً فى خلال ١٠ - ١٥ سنة .

مؤشرات تشخيصية :

التصـاحب ما بين اضطراب الحـركة رقاصيـة الشكل وخرف تاريخى عائلى لمرض هنتجتون ، يضع احتمالاً كبيراً للتشخيص ، وإن كانت توجد بلا شك حالات متفرقة .

المظاهر المبكرة والتى عادة ما تسبق الخرف هى حركات لا إرادية رقاصية الشكل ، تظهر بالذات فى الوجه واليدين والأكتاف ، أو فى طريقة السير ونادراً فقط ما لاتظهر حتى يكون الخرف قد تقدم جداً . وقد تطغى ظواهر حركية أخرى، عندما تكون البداية فى سن صغير بشكل غير عادى (على سبيل المثال: صلابة لمرض الجسم المخطط) أو فى سن متأخرة (على سبيل المثال : رعاش الحركة) .

ويلاحظ فى بعض المرضى سمات مميزة فى الشخصية ، قبل ظهور الحركات اللاإرادية ، مثل : الاندفاع ، سلوك شاذ ، تعدد العلاقات العاطفية والجنسية ، مع عدم الاتزان الانفعالى ، والاتجاه إلى محاولات الانتحار .

ويتميز الخرف باضطراب بارز فى وظائف الفص الجبهى فى المرحلة الأولى،

مع احتفاظ نسبى بالذاكرة حتى مرحلة متأخرة ، وأحياناً ما تظهر النوبات الصرعية خاصة فى النساء .

فى نسبة من الحالات ، يمكن أن تكون الأعراض الأولى أعراض اكتئاب أو قلق أو مرض بارانويدى صريح ، يصاحبه تغير فى الشخصية . تقدم المرض بطئ ، ويؤدى إلى الموت عادة خلال ١٠ – ١٥ سنة .

عند التشخيص الفارق تراعى :

١– حالات أخرى من الحركات الرقاصية .

٢– مرض الزهيمر أو بيك أو كرتشفيلد – يعقوب .

العلاج :

لا يوجد علاج لهذا المرض ، ولكن تتحسن الحركات اللاإرادية بعقار الهلوبريدول ، وكثيرا ما يحتاج المرضى إلى مضادات القلق أو الاكتئاب أو الذهان.

(٦) الخرف في مرض باركينسون (الشلل الرعاش) :

Dementia in Parkinson's Disease

هو خرف يتكون أثناء مسار باركينسون (خاصة فى النوع الشديد) ، ولم يتم حتى الآن تحديد سمات إكلينيكية مميزة له . وقد يختلف الخرف المتكون فى مسار مرض باركينسون عن مرض الزهيمر أو الخرف الوعائى . ولكن هناك أيضا دلائل على أن يكون هو مظهر من مظاهر الوجود المتزامن لواحد من هذه الحالات مع مرض باركينسون ، وهذا يجيز تعرف حالات مرض باركينسون مع خرف ، ووضعها محل بحث إلى أن يبت فى هذه المسألة .

يتضمن : الخرف فى الشلل الرعاش ، الخرف فى الباركينوسنية .

عند التشخيص الفارق ، تراعى :

١– أنواع ثانوية أخرى من الخرف .

٢– خرف وعائى متعدد الاحتشاءات ، يصاحب مرض ارتفاع ضغط الدم أو مرض وعائى .

٣– ورم بالمخ .

٤– استسقاء الرأس طبيعى الضغط .

(٧) الخرف في خمج (عدوي) فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز):

Dementia in Human Immunodeficiency (HIV) Disease (AIDS)

هو خرف يتكون أثناء مسار مرض نقص المناعة البشرية ، فى غياب مرض متزامن أو حالة متزامنة ، يمكن أن تفسر الحالة بخلاف خمج فيروس نقص المناعة البشرية ، وتبدأ فيه الشكوى على نحو نموذجى من كثرة النسيان وبطء وضعف فى التركيز وصعوبات فى حل المشكلات والقراءة ، كما يشيع التبلد وانخفاض التلقائية والانسحاب الاجتماعى .

وفى قلة دالة من الأفراد المصابين ، قد يظهر المرض بشكل لانمطى كاضطراب وجدانى أو ذهان أو نوبات صرعية .

وعادة ما يكشف الفحص الجسمى عن وجود رعاش وارتباك فى الحركات السريعة المتكررة ، وعدم توازن ورنح (تخلج) وفرط التوتر وفرط الانعكاسات العصبية وعلامات إيجابية للتسيب من التزام الفص الجبهى (انعتاق جبهى) ، واختلال فى حركات العين المتعاقبة .

وقد يصاب الأطفال باضطراب عصبى ارتقائى ، مصاحب لفيروس نقص المناعة البشرية ، ويتميز بتأخر ارتقائى وفرط التوتر وصغر حجم الرأس وتكلس فى العقد القاعدية . وعلى العكس من الراشدين ، يحدث التورط العصبى فى أغلب الأحوال فى غياب خمجات وأورام متزامنة .

ويتطور خرف فيروس نقص المناعة البشرى فى أغلب الحالات – ليس فى أغلب الأحوال – تطوراً سريعاً (فى خلال أسابيع أو شهور) إلى خرف شامل شديد، وبكم ، ووفاة .

يتضمن : مركب خرف الإيدز (مركب عته زملة نقص المناعة المكتسب) اعتلال الدماغ بسبب فيروس نقص المناعة البشرية ، التهاب دماغى تحت حاد.

(٨) الخرف في أمراض أخري مصنفة في مكان آخر :

Dementia in Other Diseases Classified Elsewhere

يمكن أن يكون الخرف ظاهرة أو نتيجة لحالات مخية أو جسمية متباينة . ولتعيين السبب يجب إضافة الرقم الشفرى للداء المسبب، المبين فى التقسيم الدولى العاشر للأمراض .

ويجب أن يدرج هنا مركب الباركنسونية – خرف جوام – فهو عبارة عن خرف سريع التقدم ، يليه عسر وظيفة خارج هرمى ، وفى بعض الحالات ، تصلب جانبى ذو ضمور عضلى .

وقد وصف المرض فى البدء فى جزيرة جوام ؛ حيث يظهر بمعدل عال بين السكان المحليين ، فيصيب الذكور بضعف المعدل الذى يصيب به الإناث . وقد عرف حديثا وجوده فى غينيا الجديدة واليابان .

يتضمن الخرف فى :

* التسمم بأحادى أكسيد الكربون .
* الشحام المخى .
* الصرع .
* جنون الشلل العام .
* التنكس الكبدى العدسى (مرض ولسون) .
* فرط الكالسيوم فى الدم .
* القصور الدرقى .
* حالات التسمم .
* التصلب المتعدد .
* الزهرى العصبى .
* نقص النياسين .
* التهاب الشرايين العقدية .
* الذئبة الحمراء الجهازية .
* داء المثقبات (التريبانوسوما) الإفريقية أو الأمريكية .
* نقص فيتامين ب١٢ .

(٩) الخرف غير المحدد : Unspecified Dementia

تستخدم هذه الفئة عندما تستوفى المعايير العامة للخرف ، ولكن دون إمكانية تعرُّف نوع معين منها .

ذهان الشيخوخة الوجداني : Senile Affective Psychosis

ينتشر الذهان الوجداني بين المسنين ، وتصل نسبة هذا المرض إلى ٣٠ – ٥٠٪ من كل مرضى مستشفيات الأمراض العقلية من المسنين ، وعادة ما يصاحب اكتئاب الشيخوخة بعض الأمراض الجسمية ؛ خاصة ، تصلب شرايين المخ . وتتشابه أعراض الاكتئاب في الشيخوخة ، بما سبق وصفه مع الاضطرابات الوجدانية، ما عدا أنه تزيد هنا أعراض التوتر وزيادة الحركات والشعور بالإثم والهذاءات العدمية وتوهم العلل البدنية ، وهذاءات الأهمية الخيلائية ، وأحياناً ما يبدو وكأنه يوجد تدهور في الوظائف العقلية ؛ مما يجعل الطبيب يشك في احتمال بدء خرف تصلب الشرايين أو الشيخوخة ، ويسمى الاكتئاب شبه الخرفي (depressive Pseudo dementia) .

ويتحسن مرض اكتئاب الشيخوخة إذا توافرت العوامل الآتية :

١– العمر أقل من سبعين عاما .

٢– وجود تاريخ عائلي لاضطرابات وجدانية .

٣– الشفاء من نوبات سابقة قبل سن الخمسين .

٤– شخصية انبساطية قبل المرض .

٥– اختفاء العلامات العضوية .

وتسوء الحالة إذا وجد عجز جسمي خاصة في النساء فوق سن السبعين ، مع وجود علامات عضوية في أعضاء الجسم المختلفة .

أما ذهان الابتهاج فهو أقل شيوعاً من الاكتئاب ، ويكون حوالي ٥ – ١٠٪ من الحالات الوجدانية في الشيخوخة ، ويحمل مصيراً أسوأ من الاكتئاب ، ويتميز بالأعراض السابق ذكرها مع ذهان الابتهاج .

ويتشابه العلاج في المسنين مع علاج الاضطرابات الوجدانية، مع الحرص على أن تكون جرعات العقاقير أقل نظراً لسرعة ظهور الأعراض الجانبية ، وخفض عدد الجلسات الكهربائية أو إعطائها على الناحية غير السائدة لاحتمال اضطراب ذاكرة مستمر ، مع إعطاء المقويات والفيتامينات والاهتمام بالعلامات العضوية الأخرى .

وتعتبر الجلسات الكهربائية هي أفضل علاج لاكتئاب المسنين الجسيم ؛ نظراً لقلة الأعراض الجانبية مقارنة بالعقاقير .

ولقد أسهمت العقاقير الحديثة مضادة الاكتئاب من المجموعة المانعة لارتجاع السيروتونين فى علاج اكتئاب المسنين ، نظراً لقلة أعراضها الجانبية .

فصام الشيخوخة (البارافرنيا المتأخرة) : Late Paraphrenia

سبق الإشارة إليها مع الفصام ، وهى أكثر انتشاراً بين النساء عن الرجال بنسبة ٧ : ١ ، وعادة ما تكون الشخصية انطوائية قبل المرض ، مع وجود عجز جسمانى فى معظم الحالات خاصة الصمم ، وتبدأ المريضة بضلالات اضطهادية منسقة ضد الجيران والأقرباء .. فتعتقد أنهم يريدون التخلص منها واغتصابها وسرقتها ، وعادة ما يصاحب هذه الهذاءات بعض الاكتئاب أو الهلاوس السمعية أو البصرية ، ولكن تحتفظ المريضة بقدراتها العقلية وذاكرتها مع تكامل شخصيتها.

وتلعب العوامل البيئية دوراً أهم من الوراثة فى مثل هذه الحالات ، وعادة ما يزمن هذا الاضطراب إلا إذا عولج فى بدء الأمر ؛ خاصة بالعقاقير المضادة للفصام ، حيث إننا نادراً ما نلجأ للكهرباء والجراحة إلا فى الحالات المستعصية .

حالات الهذيان : Delirium

(أ) اضطرابات عضوية :

نجد وصفاً مفصلاً للصورة الإكلينيكية لهذه الحالات مع الذهان العضوى ، وينتشر الهذيان مع الشيخوخة ؛ خاصة مع الأمراض الآتية :

١- هبوط القلب وجلطة الشرايين التاجية بالقلب .

٢- أمراض الجهاز التنفسى الحادة والمزمنة .

٣- اضطرابات السوائل والمعادن والأملاح فى الجسم

٤- فقد الدم .

٥- بعد العمليات الجراحية خاصة جراحة العيون والبروستاتا .

٦- الأمراض الخبيثة .

٧- إدمان الخمر .

٨- تناول العقاقير المنومة والمطمئنة .

٩- نقص الفيتامينات والمواد الغذائية .

(ب) اضطرابات ذهانية :

وخاصة ذهان الشيخوخة الوجدانى أو البارافرنيا المتأخرة .

ويتجه علاج هذيان الشيخوخة إلى علاج السبب المباشر ، وإعطاء الفيتامينات والمضادات الحيوية والأكسجين والمطمئنات حسب الحالة والتأثير على عمليات الأيض فى الخلية العصبية فى الدماغ ، باستخدام عقار الهيدرجين أو النوتروبيل .

عصاب الشيخوخة

إن ظهور العصاب للمرة الأولى فى المسنين عادة ما يكون إحدى ظواهر مرض آخر ؛ فالأعراض الهستيرية والقهرية وأعراض القلق فى هذه السن تكون إحدى الصور الإكلينيكية لذهان الشيخوخة ، أو اضطرابات وجدانى مزاجى أو إحدى علامات أمراض الجهاز العصبى ، مثل : التصلب المتناثر أو زهرى الجهاز العصبى أو أورام المخ ، وكذلك عادة ما يصاحب هذه الأمراض بعض التوهم المرضى والاضطرابات الجنسية والاستجابات الخيلائية .

لذا .. يجب الحرص عند تشخيص العصاب فى المسنين ، والبحث عن السبب الرئيسى ، الذى فجر الأعراض العصابية .

١٤

الصحة العامة النفسية
الوقاية في الطب النفسي

يمثل الاضطراب النفسي مشكلة صحية جسيمة (٣٠٪ من السكان يعانون من اضطراب نفسي قابل للتشخيص)، ومن ثم .. فإن الوقاية من هذه المشكلة أيسر من علاجها . وكما هو الحال بالنسبة للاضطرابات الجسمية .. فإن جهود الوقاية يجب أن تبدأ بدراسة الفئة المعرضة للإصابة به ، وأساليب انتقال المرض والعوامل المحتملة لنشأته .

يمثل الاضطراب النفسي مشكلة صحية جسيمة (٣٠٪ من السكان يعانون من اضطراب نفسي قابل للتشخيص)، ومن ثم .. فإن الوقاية من هذه المشكلة أيسر من علاجها . وكما هو الحال بالنسبة للاضطرابات الجسمية .. فإن جهود الوقاية يجب أن تبدأ بدراسة الفئة المعرضة للإصابة به ، وأساليب انتقال المرض والعوامل المحتملة لنشأته

يستطيع الطبيب النفسى أن يعطى تقريراً مفصلاً واضحاً عن الحالة النفسية والعقلية المرضية ، ولكنه يعجز عن إعطاء تقرير ، يفيد بأن الحالة أو الصحة النفسية سوية ، حيث إن تعريف الصحة النفسية يشوبه كثير من الغموض ، لأن الصحة النفسية تعتمد أساساً على ما يشعر به الفرد نحو نفسه والمحيطين به والعالم من حوله ؛ خاصة فيما يتعلق بمكانه هو وسط هذا العالم ، ونستطيع أن نعرِّف الصحة النفسية بأنها الانسجام بين الصورة الاجتماعية (ما يعتقده الناس والمجتمع عن الفرد) ، والصورة الذاتية (أى التقييم الذاتى الحقيقى للفرد) ، والصورة المثالية (ما يرغب الفرد فى أن يكونه) .

كذلك يعتقد بعض الباحثين أن الصحة النفسية هى القدرة على العمل والحب بشكل ملائم . وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بأنها القدرة على العمل والعطاء بكفاءة ، والتوافق مع كروب الحياة، وتواكب القدرات مع التطلعات مع إحساس الفرد بدور فى مجتمعه .

إن التقدم العلمى الذى أحرزه الطب النفسى فى العلاج يواجهنا بتحد خاص يتعلق بالوقاية من المرض النفسى ؛ بدلاً من مجرد علاج الأفراد . إن الوقاية حجر أساسى فى بناء الصحة العامة ، وتتمثل فى أبسط أشكالها فى مجال الأمراض المعدية؛ حيث يمكن تجنب المرض عن طريق التوعية والتعلم لأسباب حدوثه .

أما فى مجال الطب النفسى .. فالوقاية أكثر تعقيداً حيث إن هناك عدداً من نماذج الوقاية تتجاوز البناء التقليدى لنموذج الصحة العامة .

إن الوقاية هى الهدف النهائى للطب النفسى المجتمعى ، وهى جزء أساسى من الثورة الثالثة فى مجال الطب النفسى ، كذلك .. فإن تشريعات الصحة العقلية المجتمعية قد أدرجت الوقاية كنقطة مهمة فى البرامج المطروحة ؛ فالممارس الذى عرف قيمة الغذاء والرياضة وغياب الضغوط النفسية وأثرها الإيجابى على الصحة، يتعامل مع الوقاية ، باعتبارها تجنب حدوث المرض .

أما بالنسبة للباحث الميدانى ، فالوقاية هى استخدام معدلات حدوث وانتشار المرض فى فئات سكانية مختلفة ؛ من أجل مزيد من الفهم لأسبابه وأساليب علاجه . وبالنسبة للمخطط الصحى .. فإن الوقاية تعنى التركيز على فئة سكانية ؛ بدلاً من التركيز على الفرد الواحد ، سواء فى عيادة الطبيب أو فى القسم الداخلى بالمستشفى .

يمثل الاضطراب النفسى مشكلة صحية جسيمة (٣٠٪ من السكان يعانون من اضطراب نفسى قابل للتشخيص) ، ومن ثم .. فإن الوقاية من هذه المشكلة أيسر من علاجها . وكما هو الحال بالنسبة للاضطرابات الجسمية .. فإن جهود الوقاية يجب أن تبدأ بدراسة الفئة المعرضة للإصابة به ، وأساليب انتقال المرض والعوامل المحتملة لنشأته . وعلى الرغم من أن أساليب المسح الصحى القابلة للتطبيق على الاضطرابات العقلية هى أكثر تعقيداً من تلك ، التى أدت إلى اكتشاف مضخات المياه العامة كمصدر لمرض الكوليرا على سبيل المثال ، إلا أن المبادئ العامة للوقاية فى الاضطراب العقلى هى ذاتها الخاصة بالاضطراب الجسمى.

تقول التقديرات إن ثلاثين من كل مائة سوف يعانون من اضطراب نفسى فى فترة ما من حياتهم .. كذلك فإن ٤٠٪ من المرضى المترددين على الأطباء – بغض النظر عن تخصصاتهم – يعانون من أعراض عضوية ، ناجمة عن مشاكل نفسية ، مثل : آلام الرأس ، آلام الظهر ، اضطرابات الجهاز العصبى ، أعراض الدورة الدموية القلبية ... إلخ .

إن كافة أجهزة الجسم تعمل من أجل توفير غذاء صحى للمخ البشرى ، فالرئتان تغذيان الدم بالأكسجين ، والقلب يضخ محتوياته ، والكبد يحجز المواد السامة، والأمعاء تمتص وتخرج ، والكليتان تطهران الدم عن البول ... إلخ ، والنفس هى أعلى وظائف المخ ، وتتكون من المشاعر والتفكير والسلوك والمعرفة والوجدان والنزوع .. وبالتالى ، فإن لب وجودنا يتمثل فى أن نتوافق ، وأن نكون خلاقين ، وأن نتقدم بكفاءة .

ونظراً لأن أى اضطراب فى النفس سيؤدى إلى تعاسة الفرد ؛ فيؤثر على عمله وعلى حياته العائلية وتوافقه الشخصى وجودة الحياة .. فإن دورنا هو أن نحتفظ بأنفسنا وبمرضانا فى حالة من الصحة النفسية . إن الصحة العقلية هى ذلك المجال ، الذى يتناول العوامل التى تسبب المرض النفسى ، وأساليب مقاومة هذه العوامل .

وقبل أن نبادر بوضع أى برنامج للصحة النفسية ، وجب علينا أن نضع النقاط التالية فى الاعتبار :

١ – عدد السكان .

٢ – احتياجات المجتمع .

٣ – الموارد الطبيعية .

٤ – تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية .

٥ – موقع الخدمات .

ولأن البلدان النامية تعانى من نقص فى عدد الأفراد القائمين على الصحة النفسية سواء من الأطباء ، الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وهيئة التمريض ، وجب علينا فى المرحلة الانتقالية أن نعتمد على مساعدة بعض الفئات الشعبية ، مثل:

١ – رجال الدين .

٢ – المعالجين الشعبيين ذوى القيم الأخلاقية .

٣ – أقطاب القرية ذوى الوعى المرتفع .

تبلغ نسبة الأطباء إلى السكان فى مصر عام ١٩٩٧ طبيب لكل خمسمائة مواطن وهى نسبة عالية ، بل هى أعلى من النسبة المطلوبة ؛ خاصة وأن توزيع هؤلاء الأطباء غير متجانس ، أما بالنسبة للأطباء النفسيين فإن لدينا طبيباً نفسياً واحداً لكل ٨٠,٠٠٠ مواطن ، كما يبلغ عدد أسرة الطب النفسى (فى المستشفيات العامة والخاصة) حوالى ٩٠٠٠ سرير وهو ما يقل عن ١/ ١٠ من إجمالى الأسرَّة فى مصر ، فى حين أن أَسرَّة الطب النفسى فى الدول المتقدمة تبلغ حوالى ٢٠ – ٣٠٪ من إجمالى الأسرة .

وقد دلت دراسة حديثة أجريت فى الولايات المتحدة الأمريكية ، على أن الأفراد حين يضطربون نفسيا ، فإنهم يتوجهون إلى :

(أ) رجال الدين (٤٠ ٪) .

(ب) الممارس العام (٢٩ ٪) .

(جـ) الأطباء النفسيين (١٨ ٪) .

(د) جهات اجتماعية (١٠ ٪) .

(هـ) الأزواج أو الأصدقاء أو الصلاة أو لايتوجهون إلى أحد (١ ٪) .

وتقول الدراسة إن ٥٨ ٪ قد تمت مساعدتهم تماماً ، وأن ١٤ ٪ قد تمت مساعدتهم بدرجة ما ، فى حين أن ٢٠ ٪ لم يلاقوا تحسناً ، وتعكس لنا هذه الأرقام عدد الأفراد الذين يلعبون دوراً فى مجال الصحة العقلية .

كذلك أشارت دراسة مماثلة قمت بها فى العيادات الخارجية للطب النفسى بمستشفى جامعة عين شمس أن ما بين ٦٠ ٪ - ٧٠ ٪ من المترددين قد جربوا شكلا ما من أشكال العلاج الشعبى ، قبل أن يطلبوا مساعدة الطبيب النفسى .

ولتقليص مشكلات الصحة العقلية ، يجب أن يتوافر التالى :

١- وقاية أولية : تخفيض معدل حدوث الاضطرابات النفسية بالوقاية من العوامل المسببة فى المجتمع .

٢- وقاية ثانوية : الاكتشاف المبكر للمرض .

٣- وقاية المستوى الثالث : التأهيل والاستيعاب للمرض بعد شفائهم أو تحسنهم.

(١) الوقاية الأولية :

تهدف الوقاية الأولية القضاء على حالة المرض ، أو تجنب الاضطراب قبل حدوثه . ولكى يصبح هذا ممكناً ، يجب أن نكون على علم بأسباب الاضطراب. وكما سبق وأن ذكرنا .. فإن أفضل الأمثلة على ذلك ، هو مثال الوقاية الأولية ، فى مجال الأمراض المعدية ؛ حيث يمكننا تحديد أسباب المرض وطبيعة انتقاله والعوامل التى تعرض للإصابة به .

إن الشروط التى وصفها «كوخ» يمكن تطبيقها فى كثير من هذه الحالات العضوية ؛ بمعنى تعرف الميكروب المسبب للمرض ، وملاحظته فى الحالات التى تم تشخيصها ، ثم عزل هذا الميكروب وزرعه وإعادة خلق المرض فى الحيوانات ، ثم استرجاع الميكروب من الحيوانات المصابة .

إن الوقاية الأولية قد تسعى إلى إضعاف أو قتل الميكروب المسئول عن المرض، أو وقف عملية انتقاله أو الارتفاع بمستوى المقاومة الذاتية ، ونجد أفضل الأمثلة على الوقاية الأولية فى الطب النفسى فى حالات الشلل العام ، مثل : حالات الزهرى – المرحلة الثالثة – والحالات الذهانية المصاحبة للبلاجرا .. ففى الحالة الأولى أدى التعرف المبكر لحالات الزهرى ، واكتشاف المضادات الحيوية القادرة على علاجه إلى تحويله من حالة شائعة إلى أخرى نادرة ، كذلك .. فإن معرفة أن البلاجرا تحدث نتيجة لنقص النياسين ، جعل من الممكن منع حدوثها بأسلوب بسيط وغير مكلف ، عن طريق إعطاء المريض الفيتامين الضرورى .

أما بالنسبة للاضطرابات النفسية .. فنشأتها قد تحدث نتيجة لنقص أو خلل فى مادة ما أو لميكروب بعينه ؛ إذ عجز الباحثون – فى أغلب الأحوال – عن تحديد سبب وحيد لحدوثها ،وإن كانت النتائج تشير إلى وجود تفاعل معقد بين عوامل بيولوجية ونفسية ، تضمن الاستعداد الشخصى والصراعات المبكرة ، التى تبدأ فى الطفولة ثم تستمر فى الحياة الراشدة ، بالإضافة إلى مختلف الضغوط البيئية التى قد تفجر اضطراباً شديداً .

كذلك .. فإن الكثير من الاضطرابات النفسية هى حالات طويلة المدى ، تؤثر على أنماط سلوكية مركبة مثل العلاقات الشخصية ، وفى حالات أخرى قد يحدث السلوك المضطرب كنتيجة للعلاج الطويل بالمستشفى ، والذى قد يسبب أعراضاً سلبية، مع انعدام الحافز والتبلد الانفعالى .

دراسات المسح الصحى :

هناك أكثر من طريقة مقترحة للقيام بالوقاية الأولية فى مجال الطب النفسى.. فمن الممكن أولاً تحديد سمات الفئة السكانية المعرضة لخطر المرض ، عن طريق دراسة معدل انتشار بعض الاضطرابات النفسية ، وبمعرفية هذه الفئة السكانية يمكن تحديد المجموعات المحصنة ضد هذا الاضطراب .

على سبيل المثال .. هناك الدراسة ، التى تناولت المرضى الذين يدخلون مستشفى الأمراض العقلية لأول مرة ، ثم تابعت تاريخهم المرضى الطولى ، فوجدت أن هؤلاء المرضى أكثر تعرضاً من غيرهم لتكرار دخولهم المستشفى ، وأن هذا التكرار يرتبط غالباً بكونهم تلقوا علاجهم لأول مرة داخل المستشفى .

وقد انتهت مثل هذه الدراسات إلى عدة نتائج ، هى :

١- إن علاج الفصام عن طريق المستشفيات بدلا من الأساليب المجتمعية يؤدى إلى تكرار دخول المستشفى ، وفى هذه الحالات يكون تركيز العمل الوقائى على أسلوب العلاج ، ومنع دخول المستشفيات أكثر منه منعاً للاضطراب نفسه .

٢- اتجاه آخر فى دراسات المسح الصحى ، يركز على استعداد الفرد الوراثى ، والذى لايمكن تحديده بدقة بواسطة قياسات الضغوط النفسية؛ حيث إن هذه الأخيرة تقيس الاستعداد المحدد للفرد المعرض للضغوط ، أكثر من قياسها لأنواع الضغوط نفسها .

الدراسات الارتقائية :

إن التوجه الارتقائى فى عملية الوقاية يفترض أن هناك مراحل بعينها يكون فيها الفرد أكثر استعداداً للإصابة بالاضطراب ؛ حيث افترض أريكسون أن التحكم الناجح فى مهمة ارتقائية محددة ضرورى للانتقال إلى مرحلة ارتقائية تالية ، ويرتبط القيام بهذه المهمة بفترة من الضغط النفسى ، وزيادة احتمال التعرض للاضطراب .

تتمثل أولى المهام الوقائية فى الفترة الرحمية من الارتقاء الوراثى ، فى الخطوات الثلاث الآتية :

١- الكشف عن السائل الموجود حول الجنين هى وسيلة للاكتشاف المبكر لتشوهات الكرومزومات ، والتى قد تتطور إلى مرض سريرى خطير فى المراحل المبكرة من الحياة خارج الرحم (مثل المنغولية) . وبالتالى .. فإن العملية التشخيصية التى تمكننا من إيقاف المرض ، هى نوع من الوقاية الأولية .

٢- هناك أيضاً الاستشارات الوراثية - والتى تعتبر أكثر فائدة من الوسيلة سابقة الذكر - والتى تمكننا من توقع عيب خلقى ما قبل أن يحدث ، ولهذه الاستشارات فائدتها العظيمة فى الحالات التى يحتمل فيها حدوث زملة داون أو كلاين فلتر ، بالإضافة إلى بعض حالات قصور التمثيل الغذائى ، مثل : مرض تاى - ساكس ومرض تخزين الجليوكوجين . وفى كل هذه الحالات تكون النصيحة بعد الإنجاب وسيلة من وسائل الوقاية الأولية . كذلك .. فإن التشخيص المبكر لبعض الحالات عقب الولادة مباشرة يسمح

باتخاذ الخطوات اللازمة ، التى تحول دون ظهور الاضطراب ، كما هو الحال بالنسبة للفنيل كيتونوريا .

٣- يمكن محاولة الارتفاع بمقاومة الفرد بواسطة التحصين المبكر ، مثلما هو الحال بالنسبة للأمراض المعدية .

وأقرب الأمثلة للارتفاع بمقاومة الفرد فى مجال الطب النفسى ، هو ما اقترحه كبلان من خلق أنظمة للدعم والمساعدة الاجتماعية ، تسمح بالتحكم فى المهام المصيرية ، والتعامل مع فترات الضغوط غير العادية التى قد تؤدى إلى الأزمات والانهيار .

إن المشورة المبكرة قد تساعد الأفراد على تحضير أنفسهم للتعامل مع المهام الارتقائية المتوقعة ، أو التغلب على ضغوط غير عادية ، مثلما هو الحال فى حالة الكوارث . وعلى الرغم من الحماس الذى يلقاه هذا النوع من الوقاية الأولية فى الطب النفسى.. إلا أن هناك قليلاً من الأدلة التى تثبت فائدته .

وقد رصد رايفيز (١٩٨٣) ستين دراسة ، تناولت جهود التوعية الصحية العقلية، ولكنه لم يجد دليلاً يشير إلى ما هو مفيد أو ضار بالصحة العقلية للفرد . وعلى الرغم من غياب هذه الأدلة على الكفاءة .. فإن حركة الصحة العقلية المجتمعية لا زالت تبذل كثيراً من الجهد والموارد على الوقاية ، آملة أن تؤدى الخدمات الاستشارية والنصيحة المبكرة إلى تجنب الاضطراب العقلى .

وبالإضافة إلى جهود الوقاية الأولية ، المتمثلة فى مرحلة ما قبل الولادة.. نجد جهوداً تحاول تزويد الأم بما يلى :

(أ) غذاء غنى بالبروتين ، يحول دون نقص خلايا المخ .

(ب) عدم التعرض للعقاقير والكحول أو التدخين ؛ لما يترتب عليهامن أثار جسيمة على الجنين والطفل فيما بعد .

(ج) إضافة بعض اليود حتى نمنع مرض القزامة أى نقص إفراز الغدة الدرقية.

تعتمد الوقاية الأولية على الوعى بالعمليات الارتقائية ، ومساعدة الآباء الذين يعانون من مشكلات فى تربية أطفالهم على اكتساب المهارات التربوية ؛ فيزيد من وعيهم بالأزمات المتوقعة لأطفالهم فى فترة المدرسة وما قبل المدرسة.. كذلك اتضح

أن تدريب الأطفال فى سن ما قبل المدرسة على اكتساب مهارات فى حل مشكلات جوهرية فى التعامل مع الآخرين ، قد يؤدى إلى تحسن فى سلوك هؤلاء الأطفال ، وقد لازم هذا التحسن المكتسب الأطفال فيما بعد .

أما الدراسات التى تناولت أساليب انتقال المرض .. فإنها قد أشارت إلى الأسرة باعتبارها عاملاً مساهماً فى الإصابة بمرض الفصام ، وقد دلت الدراسات التى تناولت أسر الفصاميين أن أساليب التواصل فى هذه العمليات المعرفية غير متناسقة . وعلى الرغم من أن مرجع هذا قد يكون إلى عمليات بيولوجية وراثية ، أكثر منه إلى عمليات معرفية مكتسبة خاصة بالفصاميين .. إلا أن هذه المسألة لم يتم حسمها بعد . والواقع أن التدخل العائلى لم يثبت فاعليته إلى يومنا هذا إلا فى حدوث النكسات ؛ ولذا لايوجد ما يؤيد أن العلاقات الأسرية قد تسبب مرض الفصام .

كذلك .. قد يكون التغير السلوكى أحد أشكال الوقاية الأولية ؛ فالتوقف عن التدخين وانخفاض الوزن والممارسة المنتظمة للرياضة – على سبيل المثال – قد يحول دون حدوث أمراض الدورة الدموية القلبية والرئة . ولكن للأسف الشديد .. فإن هذا التغيير غالباً ما يلقى مقاومة شديدة ، ذلك أنه من الأسهل على البشر أن يتعاملوا من خلال التدخل الفنى البيولوجى ، على أن يغيروا من عاداتهم .

كذلك .. فإن التحصين ومعالجة النقص الغذائى ، أو علاج الأمراض المعدية التى تسبب اضطرابات عقلية ، كلها أسهل من تغيير السلوك ، ذلك لأنها عمليات ، تحدث لفترات قصيرة بدلاً من أن تكون مستمرة .. فالألم المصاحب للتحصين مؤقت، ولايقارن بالحرمان ، الذى يشعر به الأفراد المطالبون بالتنازل عن الطعام أو التدخين أو الكحول .

وقد أشار راتر (١٨٩٨) إلى عدد من المعتقدات المصاحبة لفكرة الوقاية الأولية، هى :

١– أن الوقاية الفعالة فى الطفولة تؤدى إلى صحة أفضل فى الحياة البالغة.

٢– أن الوقاية تخفض من الاعتمادات المالية المطلوبة للعلاج .

٣– أن الارتفاع بمستوى المعيشة يؤدى إلى انخفاض معدل حدوث المرضى العقلى .

٤– أن التدخلات الإنسانية تأتى بنتائج إيجابية .

٥- أن توافر المعلومات عن المجموعات المعرضة ، أكثر من غيرها للمرض، سوف يؤدى إلى اتخاذ خطوات وقائية .

٦- سهولة عملية الوقاية بتطبيق ما نعرفه عن أسباب المرض .

والواقع أن كثيراً من الوقت والموارد يمكن استنفاذها فى عمل أشياء حسنة النية ، دون أن يكون لها أثر يذكر ، ورغم أنه إذا كانت هناك طرق كثيرة تؤدى كلها إلى الوقاية الفعالة .. إلا أننا بحاجة إلى البحث المنظم والعلمى ؛ للوصول إلى ماهية الوقاية الفعالة حقيقة ، قبل أن نبدأ فى اتخاذ الخطوات العملية .

إن الوقاية الأولية تعتمد فى أساسها على مواجهة الظروف الضاغطة والضارة فى المراحل المختلفة من ارتقاء الفرد ، وبالتالى.. فإن مجالات الوقاية الأولية ، هى :

(أ) الأسرة .

(ب) المدرسة .

(جـ) رجال الدين .

(د) الأطباء.

(هـ) الأخصائيون .

(و) المسئولون الحكوميون المحليون .

(أ) الأطفال والمراهقون :

١- برامج خاصة بالأمومة والأسرة :

(أ) الوقاية من الولادات المبكرة ؛ حيث إنها تؤثر على نمو الشخصية وقدرات الطفل الذهنية ، والعناية بعملية الولادة بواسطة الأطباء ، وليست من خلال المولدات ؛ حتى لايتعرض الجنين لأى أذى .

(ب) الوقاية من الاضطرابات السابقة على الولادة ، والتى قد تؤدى إلى أذى فى مخ الطفل .

(جـ) مراقبة الاضطرابات الانفعالية ، وتعاطى العقاقير أثناء الحمل ، لما قد يكون لها من أثر على سلوك وذكاء الطفل .

ولتحقيق هذه الأهداف .. فإننا نتوجه إلى :

(أ) الممارس العام وهو المسئول عن توعية وتحضير الوالدين ، وتشكيل تعاملاتهما مع المولود المنتظر .

(ب) المدرسين : حيث يجب حضورهم دورات عن علم النفسى الارتقائى وآليات التفاعل العائلى ، وتربية وارتقاء الطفل والحياة الأسرية .

٢- برامج خاصة بالطفل :

وهذه البرامج يجب أن تتناول التالى :

(١) التقييم المنهجى للأطفال حديثى الولادة .

(٢) تسجيل كل أوجه النقص فى الأطفال حديثى الولادة .

(٣) تأسيس مراكز علاجية للأطفال حديثى الولادة ذوى الإصابة بالمخ .

(٤) رعاية الأسر التى لها تاريخ من اضطراب السلوك ، مثل : تعذيب أو ضرب الأطفال إلى الدرجة ، التى تحدث بهم إصابات جسيمة بالغة ، والإهمال العاطفى والبدنى للطفل حديث الولادة .

٣- برامج ما قبل المدرسة وبرامج مدرسية :

يجب أن نكتشف مبكراً بل وأن نحول دون حدوث أى اضطراب فى شخصية الطفل فى هذه المرحلة العمرية ؛ خاصة إذا كان الطفل :

(أ) شديد العدوانية .

(ب) لديه مشاعر جنسية مرتبكة .

(جـ) يعانى من اضطراب سلوكى ، على سبيل المثال : السرقة ، الكذب ، رهاب المدرسة ، الهروب من المنزل ... إلخ .

(ب) البالغون :

للوقاية من الاضطرابات العقلية فى البالغين ، يجب علينا :

(١) تعرف أنواع الصراعات الانفعالية .

(٢) معرفة التعامل مع الأساليب المرضية للتأقلم مع الضغوط ، مثل : النكوص والقلق والعدوان .

(٣) أن نكون ملمين بأساليب المشورة والأماكن ، التى يمكن تحويل البالغين

إليها إذا بدأوا يعانون من أعراض نفسية .

كذلك .. هناك عدة نقاط يجب البدء فى حلها ؛ لتحقيق نوع من الانسجام فى الحياة النفسية للبالغين :

(١) تعديل القوانين التى تحكم الأحوال الشخصية والتبنى والطلاق وحقوق الإنسان وحرية التعبير .

(٢) توفير المساعدة والدعاية لأمهات الأطفال المضطربين ، للقضاء على مشاعر الذنب والقلق والعدوانية .

(٣) تدريب المشرفين والمديرين على تعرف الموظفين المضطربين عقليًا ؛ بالإضافة إلى الارتفاع بمستوى الصحة العقلية ، وبالتالى تحسين الإنتاج.

(جـ) المسنون :

يعانى المسنون من مشاكل عدة مقارنة ببقية الأعمار ، مثل :

(١) الوحدة .

(٢) العجز الحسى ، على سبيل المثال : العمى ، الصمم ... إلخ .

(٣) عدم الترابط الأسرى .

(٤) الإحالة المبكرة إلى المعاش .

(٥) وفاة الأقارب وشريك الحياة والأصدقاء .

(٦) زواج الأبناء .

(٧) هجرة الأبناء خاصة فى البلدان النامية .

ولمواجهة هذه المشاكل .. يجب أن يوضع برنامج للمسنين بهدف :

(١) الإحالة التدريجية إلى المعاش ، وتوظيف المسنين فى وظائف استشارية .

(٢) العلاج المبكر لأمراض المسنين الجسمية ، مثل : العمى ، والصمم ، والشلل ... إلخ .

(٣) تكوين نواد خاصة بالمسنين .

(٤) عمل مشروعات مشتركة للمسنين .

(٥) مجموعات علاج نفسى جمعى .

(٦) دور المسنين .

(٧) تشجيع الترابط العائلى وتأكيد مسئولية الأبناء ، نحو ذويهم المسنين .

(٢) الوقاية الثانوية :

تهدف الوقاية الثانوية الحد من مسار المرض ، عن طريق :

١- التعرف والتشخيص المبكر على المرض .

٢- التدخل السريع لوقف المرض .

إن الوقاية الفعالة تقلل من معدل المرض، ولكنها لاتؤثر على معدل حدوثه، ذلك أنها تختصر فترة استمرار الاضطراب العقلى .

ويتكون نظام الوقاية الثانوية فى التقييم والتدخل السريع لعلاج الأزمة ، ويتضمن شبكة الموارد المجتمعة التى تساعد على تعرف المرض ، وتحويل المريض إلى حيث يتلقى العلاج اللازم .

وأهم محكات الوقاية الثانوية هو المعرفة الواسعة لما يتوافر من إمكانيات للتدخل السريع والمبكر . ولكى تكون الوقاية الثانوية ناجحة ، يجب أن يتم تدريب المستفيدين منها على كيفية البحث عنها ، كذلك من المهم أن تكون الوقاية الثانوية فى متناول استخدام الناس جغرافيا ، كما يجب توافر المراكز المجهزة بالموارد البشرية حتى يتسنى التدخل فى الوقت المناسب .

وقد كان للوقاية الثانوية فائدتها فى المجال العسكرى ؛ ففى أثناء الحرب العالمية الثانية كان يتم التعامل مع عصاب الإصابة (وهو ما يسمى أيضا بإجهاد المعركة) عن طريق التدخل المباشر بواسطة التفريغ النفسى ، تحت التأثير الكيميائى بما يسمى التنويم التحليلى .

وقد أثبتت خبرة حروب فيتنام وكوريا أنه يمكن تقديم علاج ناجح لحالات عصاب الإصابة عن طريق التدخل المباشر ، حتى فى ثكنات الجنود ذاتها ، فى حين أن تأجيل العلاج لحين نقل الجنود من الخطوط الأمامية إلى الوحدات الطبية البعيدة ترتب عليه تأجيل الشفاء ، ومن ثم تأجيل العودة إلى تأدية الخدمة ، ذلك أن أغلبية الجنود الذين تم نقلهم إلى مستشفيات بعيدة ، لم يتمكنوا من تأدية الخدمة، وتحولوا إلى مرضى لفترات طويلة ، والفكرة ذاتها تنطبق على الطب النفسى المدنى .. فقد بدأ

إليها إذا بدأوا يعانون من أعراض نفسية .

كذلك .. هناك عدة نقاط يجب البدء فى حلها ؛ لتحقيق نوع من الانسجام فى الحياة النفسية للبالغين :

(١) تعديل القوانين التى تحكم الأحوال الشخصية والتبنى والطلاق وحقوق الإنسان وحرية التعبير .

(٢) توفير المساعدة والدعاية لأمهات الأطفال المضطربين ، للقضاء على مشاعر الذنب والقلق والعدوانية .

(٣) تدريب المشرفين والمديرين على تعرف الموظفين المضطربين عقليًا ؛ بالإضافة إلى الارتفاع بمستوى الصحة العقلية ، وبالتالى تحسين الإنتاج.

(جـ) المسنون :

يعانى المسنون من مشاكل عدة مقارنة ببقية الأعمار ، مثل :

(١) الوحدة .

(٢) العجز الحسى ، على سبيل المثال : العمى ، الصمم ... إلخ .

(٣) عدم الترابط الأسرى .

(٤) الإحالة المبكرة إلى المعاش .

(٥) وفاة الأقارب وشريك الحياة والأصدقاء .

(٦) زواج الأبناء .

(٧) هجرة الأبناء خاصة فى البلدان النامية .

ولمواجهة هذه المشاكل .. يجب أن يوضع برنامج للمسنين بهدف :

(١) الإحالة التدريجية إلى المعاش ، وتوظيف المسنين فى وظائف استشارية .

(٢) العلاج المبكر لأمراض المسنين الجسمية ، مثل : العمى ، والصمم ، والشلل ... إلخ .

(٣) تكوين نواد خاصة بالمسنين .

(٤) عمل مشروعات مشتركة للمسنين .

(٥) مجموعات علاج نفسى جمعى .

(٦) دور المسنين .

(٧) تشجيع الترابط العائلى وتأكيد مسئولية الأبناء ، نحو ذويهم المسنين .

(٢) الوقاية الثانوية :

تهدف الوقاية الثانوية الحد من مسار المرض ، عن طريق :

١- التعرف والتشخيص المبكر على المرض .

٢- التدخل السريع لوقف المرض .

إن الوقاية الفعالة تقلل من معدل المرض، ولكنها لاتؤثر على معدل حدوثه، ذلك أنها تختصر فترة استمرار الاضطراب العقلى .

ويتكون نظام الوقاية الثانوية فى التقييم والتدخل السريع لعلاج الأزمة ، ويتضمن شبكة الموارد المجتمعة التى تساعد على تعرف المرض ، وتحويل المريض إلى حيث يتلقى العلاج اللازم .

وأهم محكات الوقاية الثانوية هو المعرفة الواسعة لما يتوافر من إمكانيات للتدخل السريع والمبكر . ولكى تكون الوقاية الثانوية ناجحة ، يجب أن يتم تدريب المستفيدين منها على كيفية البحث عنها ، كذلك من المهم أن تكون الوقاية الثانوية فى متناول استخدام الناس جغرافيا ، كما يجب توافر المراكز المجهزة بالموارد البشرية حتى يتسنى التدخل فى الوقت المناسب .

وقد كان للوقاية الثانوية فائدتها فى المجال العسكرى ؛ ففى أثناء الحرب العالمية الثانية كان يتم التعامل مع عصاب الإصابة (وهو ما يسمى أيضا بإجهاد المعركة) عن طريق التدخل المباشر بواسطة التفريغ النفسى ، تحت التأثير الكيميائى بما يسمى التنويم التحليلى .

وقد أثبتت خبرة حروب فيتنام وكوريا أنه يمكن تقديم علاج ناجح لحالات عصاب الإصابة عن طريق التدخل المباشر ، حتى فى ثكنات الجنود ذاتها ، فى حين أن تأجيل العلاج لحين نقل الجنود من الخطوط الأمامية إلى الوحدات الطبية البعيدة ترتب عليه تأجيل الشفاء ، ومن ثم تأجيل العودة إلى تأدية الخدمة ، ذلك أن أغلبية الجنود الذين تم نقلهم إلى مستشفيات بعيدة ، لم يتمكنوا من تأدية الخدمة، وتحولوا إلى مرضى لفترات طويلة ، والفكرة ذاتها تنطبق على الطب النفسى المدنى .. فقد بدأ

البحث عن بدائل للعلاج فى المستشفيات العقلية ، حين تبين أن الحجز طويل المدى فى المستشفيات قد يؤدى إلى المرض المزمن ، وزملة الانهيار الاجتماعى المصاحبة للمستشفيات .

وقد وجد أن العلاج المنزلى والعيادات الخارجية (للتقييم الفورى ووصف العلاج) والبقاء الجزئى بالمستشفى وخطوط التليفون الساخنة وفرق الأزمات المتنقلة ، قد يقلل من الحاجة إلى دخول مستشفيات الأمراض النفسية لمدة طويلة ، كذلك .. فإن التدخل المبكر لعلاج المرضى ، الذين تم إدخالهم إلى المستشفى يؤدى إلى تقصير فترة بقائهم فيها . كذلك .. فإن تطور صناعة الأدوية النفسية ، وتوافر خدمات الطب النفسى فى الأقسام الداخلية بالمستشفيات العامة الموجودة بالقرب من منازل المرضى ، ساعدت على اختصار فترة البقاء فى المستشفى من شهور إلى أسابيع ، وكان أبرز هذه العوامل هو تجنب التأخير فى بداية العلاج المصاحب ، لنقل المريض إلى المستشفيات العقلية الحكومية البعيدة .

مثال آخر على الوقاية الثانوية ، نجده فى استخدام التدخل السريع لتجنب الإدخال غير ضرورى إلى المستشفى . وقد أثبتت أبحاث لانجاسلى وكاملن فى دنفر فى الفترة ما بين ١٩٦٤ ، ١٩٦٩ أنه من الممكن تجنب المستشفيات لمجموعة تتكون من ١٥٠ مريض ، بدأ وكأنهم فى حاجة إلى دخول عاجل إلى المستشفى، وقد تم علاج هؤلاء المرضى باعتبارهم وحدة عائلية مشتركة ؛ حيث اعتبرت مشكلتهم مشكلة عائلية (وليس مشكلة مريض بعينه) ، باستخدام مختلف الأساليب النفسية والدوائية ؛ من أجل تخفيف التوتر والتركيز على الأزمة الراهنة واختصار وتكثيف العلاج .

وحين تمت مقارنة هؤلاء المرضى بمجموعة أخرى ، تم إدخالها إلى المستشفى، وجد أن المجموعتين متساويتان على الأقل فيما يتعلق بالأداء واختفاء الأعراض ، ووجد أن احتمال دخول الـ ١٥٠ مريضًا إلى المستشفى مستقبلاً أقل ، كذلك .. فإن الحالات التى تم علاجها بواسطة العلاج العائلى ، كان معدل دخولها إلى المستشفى أقل وفترة بقائها عند الدخول .

وقد أدت دراسات أخرى مشابهة إلى النتائج ذاتها .

أما فى حالات الاكتئاب .. فإن التدخل المبكر بواسطة مضادات الاكتئاب والعلاج النفسى يقلل من فترة البقاء فى المستشفى بنسبة ٥٠٪ ، ويقلل من معدلات

الانتحار . فإذا أمكن الأطباء النفسيون أن يكتشفوا الاكتئاب مبكراً ، لانخفض معدل حدوثه بنسبة ٢٠٪ . كذلك .. فإن التدخل المبكر يحول دون انهيار العائلة وفقدان الوظيفة ، كما أنه يحد من معاناة المريض .

ولايقتصر الاكتئاب المقصود هنا على الحالات الذهانية ، فرهاب المدرسة يستجيب للتدخل المبكر ، والعلاج السريع لنوبات الفصام الحادة يختصر النوبة الحادة ، ويساعد على العودة السريعة للحياة الطبيعية ، كذلك يوضح العلاج السريع إمكانية علاج كثير من مرضى الفصام فى مجتمعاتهم وداخل بيوتهم ، على عكس ما كان سائداً فيما قبل ، حين كان ٨٠٪ من الفصاميين يودعون بالمستشفيات ، بعضهم لسنوات والبعض الآخر مدى الحياة .

إذا تم الاتفاق على أن الوقاية الثانوية هى تعرف الأمراض والاضطرابات العقلية والعلاج المبكر لها ، لزم علينا أن نميز المرض ، باعتباره حالة من اختلاف الأداء ، ناجمة عن صراعات داخلية وخارجية بين الفرد والآخرين .

ويمكن تقسيم الوقاية الثانوية إلى :

(أ) الطفولة المبكرة والطفولة :

١- اضطرابات نفسفسيولوجية فى الطفولة المبكرة :

اضطرابات النوم والأكل والطفح الجلدى والأزمة الربوية ومشاكل الجهاز الهضمى ، وتشير كل هذه الاضطرابات إلى وجود قلق وتوتر وعدم أمن ، وفى هذه الحالات يجب البحث فى علاقة الأم بالطفل ، ومحاولة علاج ما قد يشوبها من خلل .

٢- اضطرابات عصابية فى الطفولة :

قد يجد الطفل صعوبة فى اتمام مهامه الارتقائية واكتشاف البيئة من حوله، أو تكوين علاقات أو التوافق مع العائلة والمجتمع ، وبالتالى يصاب باضطرابات النوم والأكل أو يبكى باستمرار ، أو يعانى من المخاوف أو الانسحاب ... إلخ ، ويكون علينا عندئذ أن نشبع احتياجاته فى المجالات المذكورة آنفاً ، وأن نوليها الاهتمام الذى تستحقه .

٣- ذهان الطفولة :

قد يصبح الطفل انعزالياً ذاتوياً وغير عاطفى ، فلا يبادل أهله الدفء ، وينشغل انشغالا مرضيا بأشياء لا أهمية لها ، ويصاب بالنزق أى سهولة الإثارة العصبية ...

إلخ ، ويحتاج الأهل فى هذه الحالات إلى مساعدة لمواجهة مشاعر العدوان والقلق والذنب .

٤- التخلف العقلى :

يحتاج أهل الأطفال المتخلفين عقلياً إلى المساندة والنصح والمساعدة ؛ للوصول إلى أفضل الطرق للتعامل مع مشكلات هذا الطفل .

(ب) الطفل فى مرحلة المدرسة :

عادة ما تكون الصعوبات الدراسية فى الطفولة مصاحبة بالتالى :

(١) عدوان .

(٢) فرط الحركة .

(٣) انسحاب .

(٤) تبلد فى المشاعر .

ويمكن التعامل مع كافة هذه الأعراض ، إذا وجد نظام تعليمى ملائم ، وتوافرت المساعدة فى المدرسة والمنزل، من خلال العلاج النفسى الدوائى .

(جـ) المراهقة :

تتمثل المشاكل التى نواجهها فى مرحلة المراهقة فى الصعوبات الدراسية واضطرابات السلوك ؛ فالمراهق يجد نفسه فى دوامة من الصراعات ، ترجع إلي:

(١) كبت رغباته الجنسية وأسلوب التعبير عنها بما يقبله المجتمع ، كذلك وسائل تعويض هذه الرغبات وتفريغها فى نشاطات أخرى .

(٢) البحث عن هوية والصعوبات المرتبطة بوعيه باختلافه عن أقاربه والمقربين .

(٣) الرغبة المتناقضة في الاقتراب والاستقلال ؛ فهو يريد أن يكون قريبا من عائلته ملتصقاً بها وبأصدقائه ، فى الوقت نفسه الذى يرغب فيه أن يكون مستقلا ومختلفا .

وقد تؤدى كل هذه العوامل إلى العنف ، إذا كان الإحباط أو الكبت هما البديلان، وإذا دققنا الفحص .. لوجدنا :

(١) أن السلوك ضد الاجتماعى فى المراهق ، مثل : العدوان والسرقة ورفض المدرسة وتناول العقاقير ، قد تكون كلها دفاعاً لا شعورياً ضد الاكتئاب ، ومن تتأكد ضرورة العلاج .

(٢) أن التغيير المفاجئ فى السلوك والانشغال الشديد بالدين أو المعتقدات الغريبة ، التى لاتستند إلى أساس قد تشير إلى بدايات الفصام ، وأمراض ذهانية أخرى .

(٣) أن العدوان أو الغضب العنيف ، الذى لايمكن التحكم فيه قد يعنى بوادر الذهان ، وينطبق الشئ نفسه على السلوك المنحرف .

وقد تحتاج كل هذه الظواهر إلى علاج فردى أو عائلى أو دوائى ؛ حيث إن الدراسات قد أشارت إلى أن الاندفاعية والعدوان والتأخر الدراسى أثناء السنوات الثلاث الأولى من المدرسة ، قد تكون هادية ومؤشرة لسلوك ضد اجتماعى فى المستقبل .

(د) **البالغون** :

يتعرض البالغون لعدد من الأزمات الحياتية ، مثل :

(١) الأبوة أو الأمومة دون استعداد سابق لها ، فى وقت غير ملائم .

(٢) التغير المتكرر فى الوظيفة .

(٣) فقدان الأهل .

(٤) فقدان شريك الحياة .

(٥) الانتقال من مجتمع إلى آخر .

(٦) صعوبات مالية .

وحيث يواجه البالغ هذه المشكلات .. فقد يستجيب بإحدى الاستجابات التالية :

(أ) اكتئاب .

(ب) انتحار .

(جـ) ذهان .

(د) مرض نفسجسمى ، مثل : الأزمة الربوية أو التهاب المفاصل أو التهاب القولون المتقرح ، أو ارتفاع ضغط الدم ، أو أمراض الدورة الدموية القلبية .

كذلك .. فإن عدم الراحة فى العمل وفى نمط الحياة والعلاقات الشخصية قد تؤدى كلها إلى الاضطرابات المذكورة أعلاه .

(هـ) سن المعاش :

قد يشعر الفرد فى سن المعاش ، أنه لم يعد مرغوباً فيه ، وأنه يمكن الاستغناء عنه ، وأنه قد فقد جاذبيته ، وأن صلاحيته قد انتهت ، وأن عمله يتميز بعدم الكفاءة .

وفى هذه الحالات .. قد تعزز التوعية والإرشاد الشعور بأهمية تجاربه ونضجه والمساندة الاجتماعية ، وإسناد أدوار إرشادية .. قد يعزز كل هذا ثقته بنفسه ، ويستطيع القيام بعمل خلاق مفيد .

(و) المسن :

يشعر الشخص المسن بالعزلة والاغتراب ، وأن دوره فى الحياة إلى زوال ، وهو شعور مفهوم إذا وضعنا فى الاعتبار أن أكبر إنجازات ونجاحات الإنسان تتم قبل سن الأربعين ، ولايجوز أن يقتصر العلاج هنا على الترفيه والتسلية ، وإنما يجب أيضاً إقناع المسن وإيجاد المعنى بأن لحياته غرضاً وقيمة .

(٣) وقاية المستوي الثالث :

تهدف وقاية المستوى الثالث تجنب تحول المرض إلى الحالة المزمنة ، من خلال منع حدوث مضاعفات ، ومن خلال التأهيل الاجتماعى والنفسى النشط ؛ فالتواجد المزمن داخل المستشفيات يؤدى إلى فقدان المهارات الاجتماعية ، والنبذ من قبل أفراد الأسرة والأصدقاء ، انهيار شبكة العلاقات الاجتماعية للمريض ، ولذا فإن المريض بمرض عقلى مزمن ؛ خاصة ذلك الذى أودع المستشفى لفترة طويلة ليس معرضاً لمضاعفات العلاج فحسب ، ولكنه معرض أيضاً لمضاعفات الاضطراب ذاته .

ويهدف التأهيل تحقيق أعلى مستوى من الأداء بالنسبة لهؤلاء المرضى ، ولذا يجب أن يبدأ التأهيل مع بداية وضع خطة العلاج ، ويجب أن يكون القائمون على علاج المريض مقتنعين بجدوى التأهيل ؛ حيث إن التفاؤل فى مآل المرض يمثل جزءاً مهماً من العلاج .

ويعتبر الفصاميون أكثر المرضى العقليين عرضة للمرض المزمن ، وذلك لما يصاحب الاضطراب من خلل معرفى واضطراب فى العلاقات الشخصية مع

الآخرين. ولفاعلية العلاج .. يجب أن نضع فى الاعتبار مستوى الأداء التوافقى الحالى والأعراض المتبقية ، والقدرات الموجودة ، والحاجة إلى الجمع ما بين وسائل التأهيل النفسى والعلاج الدوائى .

وقد جرى العرف على إطلاق مصطلح «المريض العقلى المزمن» على كل من استفحلت لديه درجة شدة المرض ، ودرجة العجز ، وحسب تاريخ الدخول إلى المستشفى (وهو عادة متكررة وعادة ما يكون فى مستشفى عقلى حكومى) . ولذا.. فإن فترة استمرار المرض ليست هى المعيار الوحيد ، كما أن «المزمن» لايعرف فقط بمدة العلاج ، لأن كثيراً من الأمراض العقلية تتميز بتاريخ طويل ، وتحتاج إلى علاج ممتد .

وفى أغلب الأحيان ، يكون المريض العقلى المزمن فصاميًا أو يعانى من البارانويا الشديدة ، وإن كان الاكتئاب الذهانى وزملات المخ العضوية فى بعض الأحيان تستوفى أيضا معايير المرض المزمن. ولذا .. فإن المرضى المزمنين كثيراً ما يظهرون بشكل متكرر فى أقسام الاستقبال ، ويشاركون فى «زملة الباب الدوار» وقد اعتادت مراكز الصحة العقلية ، ذات البرامج المصممة خصيصاً لمواجهة احتياجات المرضى المزمنين على تعريف مجموعة مرضاهم ، بأنهم غالباً من الشباب الفصاميين ، أو الذين يعانون من اضطرابات شخصية ضد اجتماعية أو بارنويدية ، وهم عاجزون اجتماعيا ؛ مما يجعل مسئولياتهم تقع على عاتق القطاع العام الصحى ، حيث إن علاجهم ليس سهلاً ، وبالتالى فإنهم لايشجعون أطباء القطاع الخاص على علاجهم . وقد وجد أن معدل الانتحار والإيداع فى السجون بين هؤلاء المرضى يساوى عشرة أضعافه بين عموم السكان.

إن تأهيل المريض العقلى المزمن يستدعى تطوير سلسلة من الخدمات ، تفى باحتياجات هذه الفئة من المواطنين .

ويجب أن تتضمن هذه الخدمات التلى :

(١) خدمات طوارئ متكاملة بها فرق متنقلة ؛ مستعدة لتقديم الاستشارة الفورية فى المنازل ، أو لنقل المرضى إلى مراكز علاج الطوارئ .

(٢) وحدات داخلية للطوارئ لمعالجة الأفراد المعاقين بدرجة كبيرة .

(٣) وحدات علاجية تحت حادة تعمل طوال الأربعة وعشرين ساعة ، خارج إطار المستشفيات .

(٤) برامج المستشفيات الجزئية مصممة خصيصاً للمرضى المزمنين .

(٥) برامج للعلاج الخارجي ، تتضمن عيادات متابعة لتوفر العلاج النفسى والاجتماعى إلى جانب العلاج الدوائى .

(٦) ترتيبات حياتية تحت إشراف طاقم الصحة العقلية ؛ بحيث يكونون على اتصال بالقائمين على رعاية المريض فى منزله .

(٧) برامج تدريب على الحياة المستقلة (تأهيل اجتماعى) ، يتضمن نوادٍ علاجية للمرضى ، وأنظمة دعم اجتماعى ، وعقد الصلات مع غير الاخصائيين من المجتمع .

ويجب التركيز فى البرامج المخصصة للمريض العقلى المزمن على المتابعة الدائمة للمريض ، تنبع من إحساس حقيقى بالمسئولية من جانب طاقم مركز الصحة العقلية ، كما يجب أن تتوافر برامج لتوفير المعلومات العامة ساعية إلى التقليل من وصمة المرض العقلى وإرشاد الجمهور إلى برامج التأهيل المتوافرة ، وضرورة أن يكون البرنامج قادراً على توفير العلاج العائلى والزوجى ، والعلاج النفسى الجمعى لمختلف المجموعات وعلاج الأزواج .

يجب أن يتضمن وصف الأدوية النفسية لهؤلاء المرضى متابعة دقيقة ؛ لمنع حدوث عسر فى الحركة أو المزاج ، وقد تم إنجاز تطورات جديدة كثيرة فى مجال أدوية الطب النفسى ، ويجب توافرها للممارس القائم على علاج المرضى المزمنين .

إن تطور هذه الإنجازات يقفز بطفرات ممتدة ؛ بحيث صار لزاماً على الممارس أن يكون على علم بها أولا بأول . أما المشاكل التى تحدث فى حالة وصف الأدوية .. فتحتاج تعاوناً من المريض فى تناوله للدواء ، وهو ما يطلق عليه بعض الممارسين اسم «عدم الامتثال» ، وهو ما يمكن تجاوزه بالتعاون مع أفراد العائلة وآخرين قائمين على رعاية المريض .

ولايجوز إهمال العلاج النفسى بالنسبة للمريض المزمن ؛ لأن معاناة هؤلاء المرضى تتضمن فى الأصل فقدان الاهتمام الإنسانى والشخصى بهم ، فعلى المعالج أن يتجنب الاستفزاز ، سواء عن طريق العدوان أو الإغراء . وفى الوقت نفسه لايجوز له أن يكون سلبيًا أو متسيباً ، بل أن تكون استجاباته تبعاً للاحتياجات النفسية والاجتماعية لهذا النوع من المرض .

ولا نحن نهدف من العلاج النفسى فى حالة المريض المزمن أن نزيد من استبصاره بهدف زيادة الوعى المعرفى ، وإنما نهدف تنبيه المريض والأفراد الآخرين فى بيئته الاجتماعية إلى علامات الكرب والضغوط النفسية .

وهناك أيضا التأهيل المهنى، والذى يعبتر تحدياً للمريض المزمن ، فلايجوز أن نتجاهل ما للعمل من أهمية نفسية ومادية فى إحساس المريض بنفسه ؛ ذلك أن تقدير المريض لنفسه وتقدير علاقاته الاجتماعية له يرتفع بقدر كبير إذا ما نجحنا فى إيجاد عمل مناسب له .

هذا من ناحية .. ولكن من ناحية أخرى نجد أن المرضى المزمنين يمثلون مشكلة بالنسبة للتأهيل المهنى التقليدى ؛ حيث لايمكن تطبيق معايير النجاح العامة نفسها على المريض المزمن ؛ فمن غير الواقعى أن نفترض أن المريض المزمن سوف يستطيع فى وقت قصير أن يعتمد على نفسه ، وأن ينجز سجلاً عملياً ناجحاً، فإنجاز وأداء المريض الذهانى أقل من المستوى العادى ، ولايصح أن نضعه فى عمل يتعدى قدراته .

إذاً ، فوقاية المستوى الثالث تهدف التقليل من الأداء المضطرب وأوجه ا لقصور المتبقية ، بعد الشفاء من المرض العقلى ، وأدواتها فى ذلك هى :

(١) التأهيل المناسب .

(٢) العمل على أن يستمر هؤلاء المرضى فى تحمل مسئولياتهم ، فى مجالات العمل والأسرة ، وكل الاهتمامات السابقة على المرض .

(٣) العمل على عدم عزل هؤلاء المرضى اجتماعيا داخل المستشفيات ، ومحاولة أن يكون بقاؤهم فيها لأقصر فترة ممكنة .

الخلاصة :

تتلخص أولويات الارتقاء بالصحة العقلية فيما يلى :

(١) المحافظة على وتحسين مستوى الصحة النفسية للمجتمع ، عن طريق توعية الجمهور بالعوامل ، التى تساهم فى حدوث الاضطرابات النفسية ، بالتوجه إلى الفئات التالية :

(أ) رجال الدين .

(ب) الممارسون العامون .

(جـ) المدرسون .

(د) ممرضات الصحة العامة .

(هـ) أطباء النفس ، وهيئة تمريض الطب النفسى ، والأخصائى النفسى الإكلينيكى ، والإخصائى الاجتماعى .

(و) أسر المرضى .

(٢) دراسة الاضطرابات العقلية فى جوانبها الاجتماعية ، وعدم الاكتفاء بالتركيز على النظريات الجسدية والوراثية لأسباب المرض ، وإنما كذلك بالجوانب الاجتماعية والثقافية والحضارية .

(٣) توجيه اهتمام خاص نحو مشكلات الطفولة .

(٤) استخدام وسائل الإعلام من تليفزيون وراديو وصحافة فى التوعية بالصحة النفسية .

(٥) توجيه اهتمام خاص نحو مشكلات المسنين .

(٦) توثيق الصلات بين الطب النفسى وأقسام الطب الأخرى (الطب النفسى الوصلى)، كما يجب أن يطور منهج تعليم الطب للطلاب بحيث يتسع لمعرفة الطب النفسى .

(٧) التعاون مع خدمات الضمان الاجتماعى ؛ خاصة فيما يتعلق بالسكن وتنظيم الأسرة والخدمات الاجتماعية الأخرى .

وفى النهاية .. تجدر بنا الإشارة إلى أنه لم يتمكن أى نظام حضارى حتى الآن من أن يؤمن «الطبيعية» والصحة النفسية لكافة أفراده ، ولم ينجح تطور العلم حتى الآن فى أن يجعل الإنسان أكثر سعادة ، بل على العكس .. فإن هناك ارتفاعاً فى معدلات الانتحار وجرائم القتل والاكتئاب والبؤس ، والأمل الوحيد المتبقى هو إحساس الإنسان بالانتماء لعقيدة أو مجتمع ، وأن يتوحد مع ما ينتمى إليه ؛ بحيث ينشغل عن مأساته الفردية ... على الإنسان أن يتجاوز تمحوره حول ذاته ؛ فيصبح تركيزه على المشكلات من حوله كى ينجز تحقيقاً لذاته .

١٥

مكافحة وصمة المرض النفسي

مكافحة وصمة المرض النفسي

في عام ١٩٩٦ ، أطلقت الجمعية العالمية للطب النفسى برنامجها لمكافحة الوصمة والتمييز بسبب مرض الفصام. وقد صممت الجمعية هذا البرنامج العالمى للقضاء على الخرافات وسوء الفهم الذى أحيط بمرض الفصام أو المرض العقلى. تخلق الوصمة بسبب مرض الفصام والمرض العقلى دائرة مغلقة من العزلة والتمييز مما تؤدى بالمريض إلى العزلة النفسية، عدم المقدرة على العمل، استعمال المخدرات و المسكرات، التشرد، أو الإقامة لمدد طويلة داخل مؤسسات مما يقلص فرصه للشفاء. يحارب البرنامج التحيز فى كل مسارات الحياة لأن هذا التحيز يقلل من كفاءة حياة المرضى بالفصام وعائلاتهم كما يحرمهم من الحياة معنا.صمم برنامج الجمعية العالمية للطب النفسى للأغراض التالية:

- زيادة الوعى والمعرفة بطبيعة مرض الفصام وكافة أنواع العلاج المتاحة.
- تحسين مواقف العامة من المصابين أو الذين أصيبوا من قبل وعائلاتهم.
- اتخاذ إجراءات لمنع التمييز والتحيز ضد هؤلاء المرضى.

أعراض الفصام:

من أفضل الطرق للقضاء على الوصمة والتمييز المرتبط بالفصام هو توضيح المفاهيم الخاطئة عن المرض واستبدالها بمعلومات صحيحة وواضحة. الفصام عبارة عن مرض عقلى يعوق قدرة المصاب به عن فهم الواقع وكذا التحكم فى عاطفته أو عاطفتها كما يعوق قدرته على التفكير بوضوح و اتخاذ القرارات والتواصل مع الآخرين.

وفيما يلى نقدم وصفا لمرض الفصام كما جاء فى التقسيم العالمى العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية: الوصف السريرى والإرشادات التشخيصية (منظمة الصحة العالمية ١٩٩٢):

تتميز الاضطرابات الفصامية بشكل عام بخلل أساسى ومميز للتفكير والإدراك ومشاعر غير سليمة أو متبلدة. وفى الغالب لا تتأثر درجة وضوح وعى المريض أو قدراته الذهنية على الرغم من بعض الخلل فى قدرات معرفية معينة والتى تنشأ بمرور الوقت. يشمل الاضطراب معظم الوظائف الأساسية والتى تعطى للشخص الطبيعى الإحساس بتفرده وخصوصيته وتوجهه الذاتى. يشعر المريض بأن أفكاره الحميمة ومشاعره وأفعاله مكشوفة ومشتركة مع آخرين وقد تنشأ ضلالات تفسيرية

تجعل قوى الطبيعة وما وراء الطبيعة تعمل للتأثير على الأفكار والأفعال ويتم توجيهها للمصاب بطرق تبدو شاذة فى العادة. يري المريض نفسه أو ترى المريضة نفسها محورا لما يحدث. ومن الشائع أن تحدث هلاوس للمصابين وبخاصة السمعية منها والتى قد تعلق على أفكار وأفعال المريض. وكثيرا ما يأخذ الخلل فى الإدراك أشكالا أخرى مثل: أن تبدو الألوان والأصوات مفرطة الحيوية أو متغيرة فى خصائصها وقد تبدو السمات الثانوية للأشياء العادية أكثر أهمية من الموضوع أو الموقف الكلى. ومن الشائع حدوث ارتباك مبكر للفرد المصاب مما يؤدى كثيرا إلى شعوره بأن أحداث الحياة اليومية تحمل معنى خاص شرير أو مشؤوم غالبا ويقصده شخصيا. ومن السمات المميزة للتفكير المضطرب للمصاب بالفصام، أن السمات الثانوية وغير الدالة للمفهوم الكلى والتى تكون مثبطة فى النشاط العقلى الهادف تظهر على السطح وتوظف بدلا من السمات الدالة والمناسبة للموقف. وهكذا يصبح التفكير غامض ومبهم حيث ينتقل من موضوع إلى آخر دون رابط منطقى. وتحدث تقاطعات وإقحاما فى سياق التفكير كما تبدو الأفكار كما لو تم سحبها بواسطة قوة خارجية. أما المزاج فيبدو مسطحا متقلبا أو متناقضا بصفة خاصة. ويؤدى التضارب واضطراب الإرادة إلى فقد للهمة والسلبية أو الغيبوبة. وقد يحدث تصلب حركى (كاتاتونيا). وقد يظهر الاضطراب بشكل حاد مع اضطراب سلوكى شديد أو يظهر تدريجيا. ويختلف مسار اضطراب الفصام اختلافا شديدا بحيث لا يكون مزمنا أو متدهورا بشكل حتمى. وقد يكون المآل، الذى يختلف تبعا لاختلاف الجماعات والثقافات، شفاء تام أو أقرب إلى الشفاء. يصاب الجنسان بنفس المعدل تقريبا ولكن بداية ظهور المرض قد تكون متأخرة نوعا ما فى الإناث.

تقسم أعراض الفصام إلى أعراض موجبة وسالبة وأعراض مزاجية وخلل معرفى و يسبب كلا النوعين من الأعراض مشاكل خاصة فى السلوك الاجتماعى، مما يساهم فى حدوث الوصمة بسبب الفصام. تظهر أعراض الفصام الموجبة والسالبة بنسب متفاوتة فى معظم المرضى فى مختلف مراحل المرض.

مشكلة صحية عامة:

ينطبق على الفصام البنود الأربعة للمشاكل التى تحتاج إلى تعبئة صحية عامة.

* المشكلة متكررة وواسعة الانتشار.

* المشكلة تسبب إعاقة ومعاناة شديدة.

* هناك طرق مؤثرة ومفيدة للتعامل مع المشكلة.

* أنواع العلاج مقبولة من المرضى وأسرهم.

* يحدث الفصام بشكل متكرر وواسع الانتشار:

أثبتت دراسة لمنظمة الصحة العالمية أن معدل انتشار الفصام يختلف اختلافا قليلا في العديد من البلدان حول العالم. وباستعمال تعريف دقيق لمرض الفصام فقد وجد أن معدل انتشاره لا يختلف اختلافا ملموسا بين البلاد (من ٧-١٤/ ١٠٠٠٠٠ في المناطق التي تمت دراستها). وعند استعمال تعريفا أقل دقة فإن معدلات الانتشار تكون أكبر بكثير وعندما تضاف الحالات الذهانية المشابهة للفصام فإن معدلات الانتشار تزداد وتظهر تباينا ذو دلالة إحصائية بين مختلف البلاد .

*** يسبب مرض الفصام إعاقة ومعاناة شديدة:**

يسبب التمييز بسبب مرض الفصام زيادة في المعاناة بالنسبة للمريض. كما يعاني أقرباء المريض بسبب الوصمة التي يسببها المرض. في عام ١٩٩١ ، في الولايات المتحدة ، بلغت المصروفات المباشرة التي تنفق على مرضى الفصام ١٩ بليون دولار و ٤٦ بليون دولار تكلفة غير مباشرة بسبب نقص الإنتاج (تكاليف غير مباشرة) بحيث يصبح المجموع ٦٥ بليون دولار. عندما تضاف التكلفة غير المباشرة، والتي تكون ٧١٪ من مجموع التكلفة، إلى التكلفة المباشرة يمكن الحصول على حسابا شاملا للأعباء الاقتصادية للمرض الذي يدمر حياة ملايين الأفراد وعائلاتهم.

أثبتت الدراسات الحديثة لأعباء مرض الفصام أن المرض يسبب المعاناة، وفقد الإنتاجية، وتقليل كفاءة الحياة بالإضافة إلى مشاكل صحية ثانوية أخرى للمرضى وأسرهم.

*** الفصام قابل للعلاج:**

أثبت عرضا للأبحاث الحديثة أن ٢٠-٢٥٪ تقريبا من المصابين بالفصام تختفي كل أعراضهم المرضية كما يحدث في نسبة ٢٠٪ عودة للاعتماد على النفس والأداء الاجتماعي الجيد. وقد أثبتت تقارير من دول نامية نسبة أعلى من الشفاء. وحتي لو لم تختفي الأعراض نتيجة للعلاج، فإن العلاج يحسن من كفاءة حياة المريض وبقدرته على العمل.

منذ اخترع عقار الكلوربرومازين عام ١٩٥٠ فإن أعدادا متزايدة من الأدوية

وأنواع العلاج النفسية والاجتماعية قد تم تطويرها بحيث أصبحت مؤثرة فى تخفيف أعراض الفصام وقد أثبتت الأدوية فاعليتها ، بشكل خاص، فى التقليل أو التخلص من الأعراض الموجبة مثل الضلالات والهلاوس والهياج التى تحدث أثناء النوبات الحادة للمرض. تسبب مضادات الذهان التقليدية أعراضا جانبية (مثل التصلب الحركى والرعشة) التى قد تؤدى إلى الوصمة.

وقد توفرت الآن مضادات جديدة للذهان تسبب القليل من الأعراض الجانبية الحركية، كما أن لها مميزات أخرى على الأدوية التقليدية. ولأن هذه العقاقير تسبب أعراضا جانبية أقل فإنها تحسن من انتظام المريض على العلاج مما يمنع الانتكاسات، كما أنها تقلل من الوصمة المرتبطة بوجود أعراض جانبية. أما وسائل العلاج النفسية والاجتماعية وبخاصة دعم أسر ومن يرعي المرضى فقد أثبتت فاعليتها فى تقليل نكسات الفصام.

ويمكن زيادة فرص العمل للمصابين بالفصام عن طريق التدريب المهنى كما يمكن للمنظمات الاجتماعية الداعمة أن تقوم بدور فعال فى تحسين مآل مرضى الفصام.

*** يمكن أن نجعل علاج الفصام مقبولا:**

على الرغم من أن مضادات الذهان التقليدية لها فاعلية فى التخلص من الأعراض، إلا أنها تسبب أعراضا جانبية شديدة. ويبدو أن مضادات الذهان الحديثة تسبب أعراضا جانبية أقل كما يبدو أن المرضى يتقبلونها أكثر. ويزداد تقبل العلاج أكثر عندما يحصل المريض وأسرته على تثقيفا صحيا ودعما لمساعدتهم على التكيف مع المرض ، ويسمح لهم أن يكونوا شركاء فى العملية العلاجية.

كيف يعالج الفصام:

إن ابتكار مجموعة كبيرة من الأدوية ووسائل تدخل نفسية واجتماعية قد أدى إلى تحسن واضح فى صورة مرضى الفصام. و يمكن لمضادات الذهان الحديثة أن تتغلب على الأعراض ولكنها قد تسبب القليل من الأعراض الجانبية التى تسبب الوصمة. وتساعد وسائل العلاج النفسية والاجتماعية والتثقيف الصحى للمرضى وأسرهم على تعلم كيفية التعامل مع هذا الاضطراب النفسى بشكل أكثر فاعلية، كما يمكن بواسطتها تقليل الخلل الاجتماعى والوظيفى وتعزيز إعادة دمج المرضى مع المجتمع. ويجرى فى الوقت الحالى عمل أبحاث لاكتشاف أنواع أخرى من العلاج

أكثر أمانا وفاعلية. وبالإضافة إلى ذلك فإن الدراسات المستمرة حول ظاهرة المآل الأفضل للفصام فى الدول النامية (بعكس الدول المتقدمة) قد يؤدى إلى استراتيجيات جديدة يمكن تطبيقها على مستوى العالم.

هناك ثلاثة عناصر رئيسية لعلاج الفصام:

*** أدوية لتخفيف الأعراض ومنع الانتكاسات.**

* وسائل علاج نفسية واجتماعية وتثقيفية لمساعدة المرضى وأسرهم على حل المشاكل، والتعامل مع الضغوط، والتكيف مع المرض ومضاعفاته والمساعدة على منع الانتكاسات.

* التأهيل الاجتماعي الذى يساعد المرضى على أن يعودوا للاندماج مع المجتمع وأن يستعيدوا وظائفهم التعليمية أو العملية.

يجب على الأطباء أن يعرفوا المبادئ الموجزة فى ميثاق مدريد للجمعية العالمية للطب النفسى والذى نشر عام ١٩٩٦ والذى شدد على أهمية متابعة التطورات العلمية، ونقل المعلومات المعاصرة للآخرين وقبول حق المريض فى المشاركة فى العملية العلاجية..ومن الأهمية بمكان أن يتاح للمريض كافة وسائل العلاج وتقدم له بشكل متكامل، على سبيل المثال، استعمال أساسيات فريق إدارة الحالة. وهذا يضمن أن تصب كل الجهود فى نفس الأهداف وأن المريض وأسرته سيتعرفون على نظم العلاج الشائعة فى الخطط العلاجية. وأخيرا يجب على الأطباء تشجيع المرضى وأسرهم على المشاركة مع جماعات دعم المرضى وأسرهم والتى يمكنها أن تقدم مساعدات فعالة وتوجيهات للمساعدة على التكيف بشكل أكثر فاعلية مع المرض.

الأدوية المضادة للذهان:

تنقسم الأدوية المستعملة لعلاج الفصام فى الوقت الحالى إلى مجموعتين:

* مضادات الذهان التقليدية .

* مضادات الذهان الحديثة(غير التقليدية) أو تسمى بالجيل الثانى من مضادات الذهان.

مضادات الذهان التقليدية: بدأ استعمال أول مضاد للذهان من مجموعة مضادات الذهان التقليدية فى بداية أو منتصف الخمسينيات. يستعمل مصطلح مضادات الذهان التقليدية للإشارة إلى كل العقاقير المضادة للذهان والتى تم اكتشافها

قبل الكلوزابين. وهذه العقاقير تسبب إعراضا جانبية محددة فى الجهاز الحركى خارج الهرمى للإنسان والتى تشمل التصلب العضلى والشلل الرعاش واضطراب الحركة والتوتر الحركى. وقد أثبتت هذه الأدوية فاعليتها فى تخفيف أو حتي التخلص التام من الأعراض كما أنها فعالة أيضا فى تقليل الأعراض المصاحبة مثل الهياج والاندفاع والعنف، ولكنها لسوء الحظ غير فعالة بالمثل فى تقليل الأعراض السالبة للفصام مثل التبلد والانسحاب الاجتماعى وفقر التفكير. ولكن إذا تم استعمال هذه الأدوية بانتظام فإنها قد تقلل أيضا من احتمال النكسات.

مضادات الذهان الحديثة: بينما كان التركيز فى السنوات المبكرة لتطوير العلاج الدوائى على تخفيف الأعراض الموجبة مثل الهلاوس والضلالات، فإن الباحثين بدئوا ،فى السنوات الأخيرة، يعملون على اكتشاف مضادات للذهان تسبب أعراضا جانبية أقل مع تحسين كفاءتها لعلاج الأعراض السالبة إلى جانب الأعراض الموجبة وهى عوامل تساعد على تحسين كفاءة حياة المرضى وتعتبر حاسمة فى العلاج الحديث وجهود إعادة التأهيل. كان الكلوزابين أول عقار مضاد للذهان يتم اكتشافه و يسبب أعراضا جانبية فى الجهاز خارج الهرمى (EPS) وتبع اكتشاف الكلوزابين أدوية أخرى عديدة تتمتع بنفس الميزة. يستعمل مصطلح (حديثة) أو (الجيل الثانى) أو (غير التقليدية) للإشارة إلى هذه المجموعة من العقاقير ويفضل مصطلح (حديثة) لأن مصطلح غير التقليدية يصعب فهمه. إن قلة قابلية العقاقير الحديثة فى التسبب فى أعراض جانبية حركية يعتبر علامة مميزة لهذه العقاقير. كما يبدو أن لها مميزات أخرى على مضادات الذهان التقليدية مثل تحسين الأعراض السالبة ولكنها قد تسبب متلازمة اختلال الأيض من السمنة، السكر، زيادة الدهنيات ، تغيرات فى رسم القلب....ألخ.

وسائل العلاج التثقيفية والنفسية والاجتماعية: تم التأكد منذ وقت بعيد وأن العوامل النفسية والاجتماعية تؤثر على علاج ومآل ومسار ونتاج مرض الفصام. وعلى الرغم من أن العلاج بالأدوية يعتبر ثورة فى علاج الفصام، فقد زاد الوعى المدعوم بالأبحاث، فى السنوات الأخيرة، بأن وسائل العلاج النفسية والاجتماعية لها تأثير جدير بالاعتبار على نتائج علاج الفصام. وتشمل هذه الوسائل العلاجية استراتيجيات وتقنيات للتخلص من القصور المعرفى والاجتماعى وكافة أنواع الإعاقة والاضطرابات الوظيفية، لمساعدة المرضى على العودة إلى المجتمع وإعادة تأهيلهم نفسيا واجتماعيا. وبطريقة عملية، فإن وسائل التدخل النفسية والاجتماعية تهدف إلى

تقليل كل من الأعراض السالبة والموجبة وتعزز من التبصر بالمرض والانتظام في العلاج كما تمنع الانتكاسات وتحسن من المهارات الاجتماعية ، ومهارات التواصل، وتقدم مهارات واستراتيجيات تساعد المرضى وأقاربهم ليصبحوا أكثر قدرة على التعامل مع الضغوط. وتعتبر وسائل العلاج النفسية والاجتماعية مكملا مثاليا للعلاج الدوائي.

إن مشاكل الحياة التي يعاني منها مرضى الفصام تتكون من مشاكل اجتماعية، وشخصية، وإكلينيكية، وأحيانا سياسية (مثل التمييز). ولأن تأثير الفصام يمتد إلى مجالات حياتية متعددة، فإن العلاج، لكي يكون أكثر فاعلية، يجب أن يتعامل مع مشاكل عديدة من بينها الاكتشاف المبكر للمرض، ومنع الانتكاسات، وزيادة البصيرة، والانتظام على العلاج والتثقيف النفسي ،والحياة مع الأسرة، والرعاية داخل المجتمع، والرعاية في أماكن أخرى، بالإضافة إلى المهارات الاجتماعية والتكيفية وإعادة التأهيل.

وفي الواقع فإن كل مقارنة دقيقة بين نتائج وسائل العلاج الدوائي مع وسائل إعادة التأهيل الاجتماعي تثبت أن العلاج الدوائي مع إعادة التأهيل الاجتماعي يؤدي إلى نتيجة أفضل من استعمال أي منهما على حدة، قد تكون الأدوية ضرورية ولكنها غير كافية وحدها كبداية للعلاج المتكامل في الوقت الذي تتضاعف نتائج إعادة التأهيل الاجتماعي باستعمال أدوية موصوفة بدقة.

كيف يمكننا تقليل الوصمة؟

نتائج الوصمة: إن أحد المعوقات الرئيسية للعلاج الناجح للفصام، هي الوصمة المرتبطة عادة بهذا الاضطراب ويمكن أن تؤدي هذه الوصمة إلى التمييز القاسي الذي يضاعف من مشاكل مرضى الفصام. يقلل هذا التمييز من الموارد التي تخصص لعلاج الفصام، وتوفير المسكن، وفرص العمل والتفاعل الاجتماعي، وتؤدي هذه المشاكل بدورها إلى زيادة الوصمة المرتبطة بالمرض. تؤدي هذه الوصمة إلى الصورة السيئة المتكررة في وسائل الإعلام والتي تكرس الأنماط السلبية، كما تتسبب في تأثيرات سلبية على مسار ونتاج المرض نفسه. وأخيرا فإن الوصمة بسبب الفصام لا تؤثر فقط على المرضى أنفسهم ولكنها تؤثر أيضا على أسرهم ومن يرعونهم ومن يقدمون الرعاية الصحية.

مفاهيم خاطئة :

يميل الجمهور العام وحتي العاملين بالصحة إلى تكوين صورة نمطية عن المصابين بالفصام. تشمل هذه الصورة بعض أو كل من المفاهيم الخاطئة التالية:

* لا يشفى أحد من الفصام.
* الفصام مرض غير قابل للعلاج.
* مريض الفصام يتسم بالعنف وخطر فى العادة.
* يمكن أن يعدى مرضى الفصام الآخرين بجنونهم.
* مرضى الفصام كسولين ولا يعول عليهم.
* ينتج الفصام من ضعف متعمد فى الإرادة والشخصية (يستطيع الشخص أن يقاوم إذا أراد).
*كل ما يقوله مريض الفصام يعتبر لغوا.
* لا يستطيع مرضى الفصام تقديم معلومات يعول عليها بخصوص نتائج العلاج أو أشياء أخرى تحدث لهم.
* مرضى الفصام غير قادرون على اتخاذ قرارات منطقية تخص حياتهم(مثلا أين يقطنون).
* لا يمكن التنبؤ بسلوك مرضى الفصام.
*مرضى الفصام غير قادرين على العمل.
* يتدهور مرضى الفصام تدريجيا على مدار حياتهم.
* ينتج الفصام عن أخطاء الوالدين.

تقليل الوصمة والتمييز:

من الضرورى لكى نقلل الوصمة والتمييز بسبب الفصام أن:

١) نغير مواقف الناس من خلال التثقيف والبرامج الممتدة.

٢) نغير السياسة العامة والقوانين لتقليل التمييز وزيادة الحماية القانونية للمرضى النفسيين.

وفيما يلي بعض الاستراتيجيات الخاصة التي يمكن أن تساعد في تقليل الوصمة وتحسين كفاءة حياة المصابين بالفصام:

زيادة استعمال الوسائل العلاجية التي تحسن من الأعراض مع تجنب الأعراض الجانبية؛ والبدء في عمل أنشطة تثقيفية مجتمعية تهدف إلى تغيير المواقف السابقة من مرضى الفصام؛ ويجب إضافة برنامجا مضادا للوصمة ضمن تدريب المعلمين ومن يقدمون الرعاية الصحية؛ وتحسين التدريب النفسي للمرضى وأسرهم حول طرق التعايش مع المرض وإشراك المرضى وأسرهم في التعرف على ممارسات التمييز؛ وتشجيع تطوير أدوية تحسن من كفاءة الحياة وتتميز بأعراض جانبية قليلة والتي قد تسبب الوصمة.

لأسر المرضى وأصدقائهم:

للأسر والأصدقاء: هناك العديد من الخرافات والمعتقدات الخاطئة المستمرة عن الفصام.

ما هي أكبر مشكلة تواجه المريض النفسي؟ يقول معظم الناس أنه، في الحقيقة، حتي عندما يتحسن المرضى فإن الآخرين لا يقبلونهم. تخيل إذا ذهبت إلى مستشفى للجراحة فإن أصدقائك وأسرتك سيقومون بالاتصال بك وزيارتك. ولكن، إذا ذهبت إلى مستشفى لأسباب نفسية فإن الأصدقاء وحتي بعض أفراد الأسرة سيشعرون بعدم الراحة ويمكن أن يبتعدوا وبذلك يشعر مرضى الفصام بوخز التمييز في كل ما يفعلونه. قد يجد الكثير من مرضى الفصام صعوبة في الحصول على عمل، وتكوين صداقات وكذلك في الزواج والعناية بأنفسهم. يستطيع القائمين على رعاية المريض التأكيد على انتظامه في اتباع العلاج الموصوف له. ويقوم من يقومون برعاية المريض في العادة بتقديم الدعم المادى والسكني؛ كما يساعدون المريض في نشاطاته اليومية مثل التسوق وغسل الثياب والطبخ؛ وكذلك الإشراف على متابعته للعلاج وملاحظة أعراض المرض ومناقشة أرباب العمل والمؤسسات الاجتماعية؛ وتقديم الدعم المعنوى أيضا.

رسالة إلى من يرعي المرضى:

رسالة إلي من يقدمون الرعاية وأسرهم وأصدقائهم: من الصعب دعم مريض الفصام الذى يحتاج إلى رعاية طول حياته فقد يسبب ذلك ضغوطا على من يقومون برعايته.

يمكن أن يؤدى وجود مريض بالفصام فى المنزل إلى أعباء اقتصادية ويمكن كذلك أن يؤثر على العمل والحياة الاجتماعية لأفراد الأسرة أو الآخرين الذين يقومون برعايته ويستنزف العواطف- وبالأخص عندما تحدث انتكاسة. وفى بعض الأحيان يؤدى نوع الاستجابة العاطفية من القائمين بالرعاية أو الأصدقاء والطريقة التى يتعامون بها معه إلى نتائج عكسية. إن محاولة التحكم فى سلوك المريض عن طريق الانتقاد أو الحماية الزائدة يمكن أن يتسبب فى حدوث انتكاسات متكررة.

وفى العادة فإن أفراد أسرة مريض الفصام هم أهم من يقومون على رعايته. ويعتمد نوع الرعاية التى يقدمونها على احتياج المريض، وتوفر أنواع الخدمات الداعمة للصحة النفسية فى المجتمع وعلى الدور الذى تلعبه الأسر فى رعاية أقاربهم حسب الخلفية الثقافية. ففى الغرب المجتمعات الفردية يكون الهدف الأساسى لأفراد الأسرة و(نظام الرعاية الصحية النفسية) هو مساعدة المريض على العمل معتمدا على نفسه، وإدارة شئون حياته وعلاج مرضه على مسئوليته. يستفيد أفراد الأسرة عادة من توعيتهم عن المرض وعلاجه وأيضا من الاستشارات الأسرية التى تقدم دعما معنويا ونصائح عملية حول كيفية التعامل مع سلوك الشخص المريض. ويمكن لجماعات الأسر والمرضى الداعمة أن تكون مصدرا جيدا للتثقيف الصحى للمرضى وأسرهم وتساعد بشكل خاص على تحسين مهارات التواصل والتدريب على وسائل التكيف. إن تحسين مهارات التكيف لأفراد أسرة المريض يمكن أن يقلل من الأعباء على العائلة ويقلل من أعراض المرض والإعاقة الناجمة عنه.

رسالة إلى المراهقين:

الفصام عبارة عن اضطراب بالمخ يصيب واحد لكل مائة شخص (١٪) فى وقت ما على مدى حياتهم.

لماذا يكون من الأهمية أن يعرف المراهقون أكثر عن الفصام؟

لأن الأعراض الأولى تحدث غالبا لأفراد من نفس عمره-- بين ١٦-٢٤ عاما. والذى لا يعرفه اغلب الناس أن الفصام قابل للعلاج. ولسوء الحظ فإن مخاوفنا وتحيزنا عادة ما يمنع المصابين بالفصام من طلب العلاج المبكر. ويمكننا أن نساعد المصابين بالفصام- ولكن مع هذا التحيز الضار فإن ذلك يتطلب جهدا. يمكنك أن تجعل الأمر مختلفا.

سلح نفسك بالحقائق:

الفصام عبارة عن: اضطراب بالمخ يظهر فى شكل ضلالات وهلاوس واضطرابات أخرى فى التفكير والتواصل ويؤدى إلى تدهور الوظيفة الاجتماعية. ويعتبر من أكثر الأمراض التى تسبب الإعاقة فى الشباب- حيث يحدث المرض عادة بين ١٦-٢٥ عاما ويكون المراهقين المصابين بالفصام أكثر عرضة للانتحار من المصابين به من فئات عمريه أخرى.

يوجد مرض الفصام فى كل أنحاء العالم، فى كل الأجناس، و كل الثقافات، وكل الطبقات الاجتماعية.

الفصام أوسع انتشارا مما يعتقد معظم الناس- يصيب واحدا من كل مائة شخص (١ ٪) على مستوى العالم.

ولكن: مرض الفصام قابل للعلاج بواسطة الأدوية و برامج إعادة التأهيل.

نتائج الوصمة:

تحدى الوصمة بسبب الفصام: إن أحد المعوقات الرئيسية لعلاج الفصام هى الوصمة التى ترتبط به. يمكن أن تؤدى هذه الوصمة إلى التمييز القاسى الذى يضاعف من غير فائدة من المشاكل للمصابين بالفصام. ويقلل هذا التمييز من كم مصادر الدعم لعلاج الفصام وتوفير السكن وفرص العمل والتفاعل الاجتماعى وتؤدى هذه المشاكل بدورها إلى زيادة الوصمة المرتبطة بالمرض. وتبعا لمسح أجرى فى الولايات المتحدة، فإنه حتي بعد خمس سنوات من الحياة الطبيعية والعمل الشاق فإن المريض العقلى السابق يعتبر أقل قبولا من متهم سابق. إن المواقف الشعبية السائدة تجاه المرضى العقليين لها جذور عميقة يمكن أن تظهر من خلال اللغة الدامغة التى تستعمل عادة لوصف المرضى العقليين- مخبول أو مجنون على سبيل المثال. وحقيقة الأمر فإن هؤلاء المرضى يتعايشون مع مرض يمكن أن يسبب آلاما شديدة.

ساعد فى تبديد الخرافات عن الفصام:

خرافة: الفصام عبارة عن ازدواج أو تعدد الشخصية.

حقيقة: عادة ما يتم الخلط بين الفصام وازدواج الشخصية.

إنهما ليسا نفس الشيء. يأتى هذا الخلط من أن كلمة فصام نشأت من جذور لغوية لاتينية تعنى انقسام أو انفصام المخ. إن الانقسام أو التجزىء يقصد به تعطيل

عمليات التفكير والمشاعر للمصاب، وليس انقسام الشخص إلى شخصيتين منفصلتين. إن الاستعمال الشائع لكلمة فصام لوصف خليط من السمات المتناقضة يختلف تماما عن الاستعمال الصحيح لهذا المصطلح فى الطب النفسى.

ما الذى يسبب الفصام؟

خرافة: الفصام يحدث نتيجة للسحر أو الأرواح الشريرة أو الجان.

حقيقة: هناك العديد من المفاهيم الخاطئة عن أسباب الفصام:

* الفصام لا يحدث بسبب اللعنة أو العين الشريرة أو الحسد أو الجان.

* لا يحدث الفصام كعقاب إلهى لخطايا الأسرة.

* لا يحدث الفصام بسبب عدم الإيمان بالله.

* الفصام ليس شكلا من أشكال التلبس الشيطانى أو الجنى.

* لا يحدث الفصام بسبب الإحباط العاطفى.

* لا يحدث الفصام نتيجة لقراءة العديد من الكتب.

نظرية الوراثة: أقارب مرضى الفصام يكونوا أكثر عرضة للمرض من الآخرين وتكون هذه القابلية أكثر بشكل متدرج عند الأقارب المتشابهين وراثيا أكثر مع مريض الفصام.

فيما يلى بيانا يظهر احتمالية حدوث الفصام لأى فرد. تلعب العوامل الوراثية دورا هاما فى حدوث الفصام، ولكنها لا تكون كافية لتفسير النمط الكلى لحدوثه. إذا حدث مرض لأسباب وراثية كاملة فإن التوائم المتشابهة يتقاسمون نفس الاستعداد للمرض، وعلى ذلك إذا أصيب توأمان متشابهان بالمرض فإن الآخر سيصاب به حتما. وفى الحقيقة فإن معظم الدراسات للتوائم المتشابهة والتى يكون فيها أحد التوائم مصابا بالفصام يكون من النادر وجود أكثر من نصف أزواج التوائم الآخرين مصابين بالفصام.

أكثر من نظرية: يعنى ذلك أن الفصام لا يعتبر مرضا وراثيا بسيطا ولكنه على العكس من ذلك يعتبر مرضا وراثيا مركبا، ويحدث نتيجة لمثيرات مختلفة.

يعتقد الباحثون أن الاستعداد لحدوث الفصام يعتبر وراثيا، ولكن يجب توافر مثيرات بيئية حتي يظهر المرض. والمثيرات المحتملة هى: مضاعفات الحمل

والولادة؛ التعرض لفيروس قبل الولادة وبخاصة أثناء الشهر الخامس للحمل، الوقت الذى يحدث فيه معظم نمو المخ، ويعتقد أن المضاعفات أثناء الحمل والولادة تزيد من احتمال حدوث المرض، على الأرجح بسبب حدوث تلف بالمخ أثناء فترة نموه.

كما بينت الدراسات أن المرأة الحامل التى تصاب بمرض فيروسى تلد طفلا له استعداد أكبر للفصام. وعل الرغم من ذلك، فإن الإصابات الفيروسية أثناء الحمل تتسبب، عل الأرجح، فى حدوث نسبة ضئيلة من زيادة احتمال حدوث الفصام. وهناك عوامل بيئية إضافية تضاعف من حدوث الفصام من بينها ضغوط الحياة وبخاصة فى فترة المراهقة. احتمالات حدوث مرض الفصام على مدى حياة الأفراد (النسبة المئوية):

الجمهور العام ١٪

أ بناء العم والخال من الدرجة الأولى ٢٪

الأقارب من الدرجة الثانية

العمات والخالات والأعمام والخيلان ٢٪

أبناء الأخ أو الأخت/ بنات الخ أو الأخت ٤٪

الأحفاد ٥٪

الأخوة والأخوات غير الأشقاء ٦٪

أقارب الدرجة الأولى

الأبناء ١٣٪

الأشقاء والشقيقات ٩٪

الأشقاء والشقيقات الذين أحد والديهم مصابا بالفصام ١٧٪

الوالدين ٦٪

التوائم المتشابهة ٤٨٪

أبناء والدين مصابين ٤٦٪

كيف يعمل المخ بشكل مختلف:

خرافة: يحدث الفصام نتيجة لسوء التربية.

حقيقة: منذ سيجموند فرويد اعتبر أطباء الأمراض النفسية أن البيئة الأسرية هى مفتاح نمو الشخصية. وقد بدا واضحا للعديد منهم أن الشخص المضطرب ينتج من أسرة مضطربة. ونتيجة لتأثير فرويد تعرف الباحثون والأطباء على سمات عديدة من بينها: توقعات متناقضة، الرفض المستتر والذى من المفترض أن يميز أسر مرضى الفصام.

ولأن هذه الدراسات غالبا ما تكون استرجاعية للأحداث الماضية، فإنها تفتقر إلى وجود ضوابط ولذلك فشلت فى أن تأخذ فى الاعتبار أن الاضطراب الذى يحدث للأسرة ربما يكون نتيجة لوجود فرد منها مريضا بالفصام وليس سببا.

فى أواخر السبعينيات، كانت المراجع لا تزال تلقى باللوم على الأمهات الحافزات للفصام فى أنها السبب فى مرض أبنائها. ولذلك عانت أعدادا لا تحصى من الأسر من الخجل والذنب والوصمة نتيجة للقبول الشائع لهذه النظرية. بينما لا يوجد دليلا قويا يدعم النظرية التى ترى بأن البيئة الأسرية تسبب الفصام، فإنه يوجد على العكس دليلا قويا يدعم العوامل الحيوية كسبب لمرض الفصام.

إن التكيف مع فرد فى الأسرة مصابا بالفصام يكلف الكثير. وقد تتمزق أسر عديدة تحت تأثير الضغوط أو تتجنب الفرد منها المصاب بالفصام. ولذلك فإن عائلات المرضى تحتاج إلى الدعم والتعاطف مثلها مثل المرضى.

أين فى المخ: لاحظ العلماء الذين يبحثون فى البناء التشريحى الدقيق للمخ وجود تغيرات فى نشاط أجزاء محددة فى مخ مرضى الفصام. وقد لوحظت هذه التغيرات فى الجزء من المخ الذى يسمىالجزء الطرفى.

يتكون الجزء الذراعى للمخ من نظام مركب من المسارات والشبكات العصبية تشمل بنائيا قرن آمون والفص اللوزى. هذا الجزء من المخ هو المسئول عن الوظائف الأساسية للإنسان مثل الدافع للإنجاب، والبحث عن الطعام، والخوف، والغضب، والسعادة، وتكوين أنماط الذاكرة.

ويمكن رؤية هذه التركيبات بالعين المجردة-- ولكن تعالوا لنرى معا ما يجرى على مستوى الخلية بين الخلايا البينية فى الجهاز الطرفى للمخ.

تخيل جهاز راديو ضبط على محطات عديدة فى نفس الوقت: إن البحث فى كيف يعمل المخ، قد بين أن المصابين بالفصام لديهم مشاكل فى أنواع محددة من خلايا المخ، تدعى الخلايا البينية المثبطة للنشاط. تقوم هذه الخلايا البينية المثبطة

لنشاط المخ بكبح عمل الخلايا العصبية الأخري، فتمنعها من الاستجابة لمعلومات أكثر غزارة من البيئة.

فى الأحوال الطبيعية تقوم الخلايا البينية بإنتاج مواد كيمائية عديدة تدعى الموصلات العصبية. ويظهر الخلل الوظيفى لهذه الخلايا البينية من خلال حدوث تغيرات فى نوع من خلايا المخ التى تفرز الدوبامين. وقد اعتبر الخلل الوظيفى لنظم الدوبامين فى المخ هاما منذ زمن بعيد فى مرض الفصام. وفى الحقيقة، فإن أدوية من نوع الأمفيتامينات والتى تزيد من تأثير الدوبامين تسبب نوعا من الذهان يشبه الفصام.

خرافة: مرضى الفصام متخلفون عقليا.

حقيقة: الفصام والتخلف العقلى حالتين مختلفتين تماما. يحدث الفصام لكل الناس الذين يتمتعون بمستويات ذكاء مختلفة، ويمكن أن يحدث للموهوبين والأشخاص المبدعين. ويسبب الفصام بعض الاضطرابات المعرفية مثل صعوبة التركيز وصعوبة فى التفكير المجرد. وبالرغم من ذلك، فإنه لا يؤثر على مستوى الذكاء العام.

الوسائل: منذ زمن بعيد قام العلماء بدراسة وظائف المخ عن طريق فحص نسيجه بعد الوفاة. ولكن التقنيات الحديثة تسمح للباحثين فى الوقت الحالى برؤية ما يحدث فى المخ أثناء أدائه لوظائفه عن طريق استعمال العديد من الوسائل: الأشعة المقطعية للتصوير السطحى: تقدم صورا للبناء التشريحى للمخ من خلال مرور أشعةإكس من خلال الجسم. وعن طريقها تمكن الباحثين من إظهار الاختلافات فى الجهاز البطينى للمخ، وبالذات فى الفصوص الأمامية والفص الأيسر.

صور الرنين المغناطيسى: يمكن عن طريق الرنين المغناطيسى إنتاج صورا ثلاثية الأبعاد للمخ، وهى تعطى الباحثين معلومات موسعة أكثر من صور الأشعة المقطعية.

وهناك تقنيات ثلاثة أخرى هى: صور الرنين المغناطيسى الوظيفية، والتصوير السطحى للفوتون الأحادى المطلق، والتصوير السطحى للبوزيدرون المطلق التى سمحت للعلماء برؤية سريان الدم فى مختلف أجزاء المخ.

الحقائق عن المسار والنتائج:

خرافة: لا يشفى مريض الفصام أبدا.

حقيقة: بعض مرضى الفصام يتم شفائهم تماما من المرض- وتختفى كل أعراضهم الذهانية ويعودون إلى نفس مستوى وظيفتهم السابقة للمرض. ويستمر البعض الآخر فى المعاناة من بعض الأعراض ولكنهم يستطيعون ممارسة حياة مرضية ومنتجة، ويعملوا ويعيشوا مستقلين فى المجتمع. حوالى ثلث مرضى الفصام لا يحدث لهم شفاء ملموس وقد يضطرون إلى دخول المستشفى.

خرافة: الفصام يؤدى إلى العدوي.

حقيقة: قد يتجنب بعض الناس مريض الفصام خوفا من العدوي كما يؤدى هذا الخوف من العدوي إلى الوصمة لأفراد الأسرة، والعاملين فى الصحة النفسية، وأماكن العلاج النفسى.

نتائج مختلفة لمختلف الناس: إن الاعتقاد الخاطئ بأن الناس لا يشفون من الفصام يؤدى إلى اليأس وفقد الأمل للمصابين به. ويمكن أن يجعل أسر المرضى تهمل أو تنبذ أقاربها المرضى. ولكن، هذا الاضطراب يتخذ مسارات مختلفة تؤدى إلى نتائج مختلفة. إذا شبهنا مسار مرض الفصام بطيف متدرج مثل ألوان الطيف، نجد فى أحد طرفى هذا الطيف بعض مرضى الفصام الذين تحدث لهم نوبة فصام واحدة يعقبها شفاء تام، أما فى الطرف الآخر من الطيف فهناك مسار للمرض لا يخمد أبدا. فيما يلى بيان بمسارات مرض الفصام المختلفة ونسبة حدوثها:

المجموعة الأولى-١ .

نوبة واحدة فقط-بدون إعاقة ٢٢ ٪.

المجموعة الثانية-٢ .

نوبات متكررة بدون إعاقة أو بإعاقة بسيطة ٣٥ ٪ .

المجموعة الثالثة-٣ .

إعاقة بعد النوبة الأولى يتبعها تفاقم للمرض وعدم العودة إلى الحالة الطبيعية ٨ ٪ .

المجموعة الرابعة

إعاقة تزداد مع كل نوبة متكررة بدون عودة إلى الحالة الطبيعية ٣٥٪.

خطوات الشفاء

خرافة: يجب وضع مرضى الفصام فى مصحات.

حقيقة: أثبتت الدراسات الحديثة أن أماكن عديدة من بينها المستشفيات النفسية والبدائل المستحدثة، مثل الأقسام الداخلية فى مستشفيات متخصصة وأقسام رعاية الحالات الحادة والحياة المدعومة فى المجتمع، يمكن أن تكون فعالة فى رعاية مرضى الفصام.

خطوات الشفاء: عند عقد مقارنة، بشكل عام، بين العلاج داخل مستشفيات والبرامج التى تقدم علاجا شاملا بالعيادات الخارجية فإن المرضى الذين تتم رعايتهم من خلال البرامج المؤسسة مجتمعيا يحرزوا تقدما أكثر ولفترات أطول من الذين يعالجوا داخل المستشفيات. وحتي المصابين بذهان حاد يمكن علاجهم بشكل فعال فى أماكن مؤسسة مجتمعيا تخضع لإشراف مهنى دقيق من متخصصين.

هناك وسائل ثلاثة لعلاج الفصام:

* الأدوية لتخفيف الأعراض ومنع الانتكاسات؛
* التثقيف الصحى لمساعدة المرضى وأسرهم على حل المشاكل، والتعامل مع الضغوط، والتكيف مع المرض ومضاعفاته؛
* إعادة التأهيل الاجتماعى للمساعدة فى إعادة اندماج المرضى فى المجتمع واستعادة وظائفهم الدراسية والعملية.

الأدوية: يطلق على الأدوية التى تعالج الفصام مضادات الذهان وهناك نوعان من هذه الأدوية، مضادات الذهان القديمةالتقليدية، ومضادات الذهان الحديثة غير التقليدية وقد سبق ذكرهما .

التثقيف الصحى مفتاح العلاج: لأن الفصام يؤثر فى مجالات حياتية متعددة، فإن العلاج الفعال يجب أن يتعامل مع مشاكل متعددة، من بينها الاكتشاف المبكر لتوقيت حدوث الانتكاسة، وكيفية منع الانتكاسة، بالإضافة إلى التثقيف الصحى النفسى فى كيفية تقليل الضغوط. تتحسن أحوال المرضى عندما يحصلون على معلومات عن المرض وخيارات الأدوية المختلفة وأعراضها الجانبية والاستراتيجيات

للتكيف مع الأعراض المتبقية. يستفيد مرضى الفصام عندما يعمل من يقومون برعايتهم على مشاركتهم فى تحديد وسيلة العلاج المناسبة لكل منهم. من وجهة نظر المرضى، فإن استمرار الرعاية يكون مهما للعلاج بالإضافة إلى أن المستفيدين من الرعاية يحصلون على خدمة أفضل عندما يكون لهم رأى فى العلاج.

إعادة التأهيل: تحسين كفاءة حياة مرضى الفصام: حدث تغير، فى أهداف إعادة تأهيل المرضى العقليين فى السنوات الأخيرة ، حيث كان الاهتمام الرئيسى منصبا فيما مضى، على عودة المريض إلى العمل. ولكن أصبح مقبولا، فى الوقت الحاضر، وجود أهداف أخرى لها نفس الأهمية فى عملية إعادة التأهيل:

تخفيف أعراض المرض بواسطة الأدوية؛ وتحسين النتائج السلبية للمرض؛ وتحسين كفاءة المريض الاجتماعية؛ وزيادة الدعم الأسرى والاجتماعى فى مجالات العمل والسكن والحياة الاجتماعية.

ما هو المقصود بإعادة اندماج المريض فى المجتمع وما أهمية ذلك؟

خرافة: لا يستطيع مرضى الفصام اتخاذ قرارات تخص علاجهم؟

حقيقة: معظم مرضى الفصام قادرون ومتلهفون على المشاركة فى اتخاذ قرارات تخص علاجهم. قد يجد مرضى الفصام صعوبة فى اتخاذ القرارات خلال بداية المرض وأثناء فترات الانتكاسات. ولكن يمكن أن تتحسن قدرتهم على اتخاذ القرار أثناء مسار المرض. وقد أوضح الباحثون أن مشاركة المريض والأسرة تحسن من نتائج المرض وتزيد إمكانية انتظام المريض فى متابعة خطته العلاجية. كذلك يلعب كل من المرضى وأسرهم دورا هاما فى التخطيط واتخاذ بعض القرارات حول بعض الخدمات العلاجية المتاحة وكذا فى تدريب المتخصصين فى الصحة النفسية. وهذه المشاركة التى يقوم بها المستهلك تؤدى إلى تحسن ملموس فى مواقف المتخصصين وفى نتائج العلاج.

ما المقصود بإعادة اندماج المريض فى المجتمع وما أهمية ذلك؟:

تحسن إعادة التأهيل من كفاءة حياة مرضى الفصام وتقلل من الانتكاسات وعدد مرات دخول المستشفى. إن الهدف من إعادة التأهيل هو إعادة اندماج المريض فى الحياة والمجتمع.

ولهذا هناك الحاجة إلى توفر أنواع متعددة من الخدمات. ، قد يحتاج المريض بعد نوبة ذهانية إلى إعادة تدريبه على المهارات الحياتية والاجتماعية الأساسية.

ويقدم هذا التدريب عن طريق برامج المستشفيات النهارية أو المنتديات. ويعتبر الدعم الإسكانى رئيسيا حيث قد يجد المرضى صعوبة فى الحصول على مسكن نتيجة لتردد أصحاب المساكن فى تأجيرها لمريض عقلى سابق. إن إعادة التأهيل العملى وتوفير فرص للعمل تمنح الإنسان فرصا للنشاط المنتج الذى يجعل لحياته معنى ويرفع معنوياته. ومساعدة مرضى الفصام على الحصول على عمل يقلل من نفقات إعاشتهم. وهناك الحاجة أيضا إلى وسائل ترفيهية. تستطيع جماعات الزمالة الداعمة أن تقدم دعما اجتماعيا وعاطفيا وتعطى المريض فرصة لتعلم مهارات التكيف التى ساعدت الآخرين. إن الاستشارات الداعمة قد تساعد المريض على قبول حقيقة مرضه وكيفية التعامل مع الخسائر التى يتضمنها.

من الصعب عادة ، أن يجد مرضى الفصام أماكن تقدم الخدمات التى يحتاجونها وبالتحديد فإن الخدمات المختلفة تقدم عن طريق مؤسسات مختلفة لكل منها قوانينه وبيروقراطيته. إن إمكانية الوصول إلى الخدمات يتطلب معرفة ومواظبة وتخطيط. فحتي تحديد موعد والالتزام به يمكن أن يكون صعبا لشخص قليل الحافز ويفتقد إلى مهارات التنظيم. ومما يدعو إلى السخرية، أن الأفراد الأكثر صحة هم الأكثر قدرة على الوصول إلى الخدمات، بينما الذين يعانون بشدة من المرض، فإنهم يتعرضوا للانهيار وبخاصة إذا لم يجدوا الدعم الأسرى.

ومن النماذج الناجحة لإعادة التأهيل ، نموذج إدارة الحالة حيث يكون أحد المتخصصين مسئولا بشكل كامل عن المريض و يقوم بتنسيق الخدمات التى يحتاجها. وهناك نموذجا آخر هو فريق العمل الذى يتكون من فريق من العاملين فى الصحة النفسية من مختلف الفروع والتخصصات. إن نموذج فريق العمل يسمح بقمة التواصل بين من يقدمون الرعاية للمرضى كما يقدم رعاية طويلة دائمة. ولسوء الحظ، لا يطبق أى من هذه النماذج فى معظم البلاد.

نمط العنف:

خرافة: مرضى الفصام يتسمون، على الأرجح، بالعنف.

حقيقة: ترتبط الأمراض العقلية فى عقل الجماهير بالعنف. إن التقارير التى تحمل الإثارة فى وسائل الإعلام مثل قتل رجل مختل العقل أسرة مكونة من أربعة أفراد، تحمل الكثير من اللوم، مثلها مثل الصورة التى يقدمها التليفيزيون والسينما للقتلة المجانين. وهناك عاملا آخر يضاف إلى سوء استعمال الجماهير للمصطلحات النفسية

مثل مجنون أو سيكوباتى. إن ربط المريض العقلى بالعنف يؤدى إلى خوف الناس منه مما يجعلهم يتجنبونه. وبشكل عام فإن المرضى العقليين ليسوا أكثر خطورة من الأصحاء فى نفس الجماعة. قد ترتفع نسبة الجرائم والعنف بين المصابين بالفصام بنسب قليلة، ولكن من يقومون بها فى ،معظم الأحيان ، لا يتلقون العلاج المناسب. وفى الحقيقة، فإن المصابين بالفصام يكونوا أقرب إلى ممارسة العنف تجاه أنفسهم أكثر منه تجاه الآخرين. يحاول بين ٤٠-٥٠٪ من مرضى الفصام الانتحار وينجح ١٠٪ منهم فى إنهاء حياتهم.

هناك ثمانية أشياء يجب أن نضعها فى الاعتبار حين نناقش العنف المرتبط بالفصام:

١) يخفف العلاج بشدة من احتمالات العنف. وقد يخفف العلاج المبكر أيضا من المعاناة والارتباك عندما يحدث للمريض انهيارا نفسيا تماما.

٢) إن احتمال العنف لا يكون بالضرورة بسبب الفصام ولكن على الأرجح نتيجة لوجود مجموعة من الاضطرابات.

٣) إن نسبة مشاركة مرضى الفصام فى معدلات الجريمة، بشكل عام، تعتبر صغيرة.

٤) إن العنف المرتبط بالفصام يكون، فى الأغلب، موجها لفرد من الأسرة، أقرب إلى إيذاء الذات.

٥) لا يشارك مرضى الفصام فى احتمالات العنف على الأطفال.

٦) إن نسبة احتمال ممارسة العنف بواسطة مرضى الفصام تتشابه مع مثلها عند الجماهير التى لا تعانى من الفصام عند استبعاد عامل تناول المخدرات.

٧) إن احتمالات جرائم العنف الجنسية المرتبطة بالفصام تعتبر نادرة.

٨) نسبة قليلة فقط من المصابين بالفصام تكون مسئولة عن العنف المرتبط به.

الفصام فى المدرسة والعمل والعلاقات:

خرافة: لا يقدر معظم مرضى الفصام على العمل.

حقيقة: يستطيع المصابين بالفصام القيام بالعمل- حتي لو كانوا يعانون من بعض الأعراض. أظهرت دراسة أجريت على بعض المرضى بأمراض عقلية شديدة، إن حالتهم تتحسن بشكل أفضل إذا كانوا يعملون.إن القدرة على ممارسة العمل لا ترتبط بالضرورة بشدة المرض. وقد أثبتت الدراسات الأمريكية والبريطانية أن المصابين بالفصام يكونوا أقرب إلى البقاء خارج المستشفى إذا كانوا يعملون. بينما يستطيع الكثير من مرضى الفصام القيام بعمل ناجح تنافسى معظم الوقت، فإن العمل الجزئى أو العمل التطوعى يكون أفضل لآخرين.

إن العمل يشكل جزءا حيويا يفيد فى إعادة التأهيل، فهو يرفع المعنويات ويعيد ارتباط المريض بالمجتمع ويقدم له وسيلة ذات معنى لملئ الفراغ.

خرافة: السجن يعتبر مكانا ملائما لمريض الفصام.

حقيقة: تستعمل السجون كثيرا لإيداع المرضى العقليين وإبعادهم من الشوارع. ففى أونتوريو بكندا ، تعانى نسبة بين ١٥-٢٠ ٪ من المساجين من مرض نفسى وبين ٥-٧ ٪ يعتبروا مصابين بمرض عقلى شديد. وفى كثير من الأحيان، ينتهى بعض المرضى العقليين إلى السجن بسبب جرائم التشرد، واستعمال المخدرات وجرائم سرقة بسيطة. وكثيرا ما يفشلوا فى المثول أمام القضاء مما يؤدى إلى تعرضهم لأحكام أخرى وقضاء فترة أخرى فى السجون. وبشكل عام، تعانى معظم السجون من نقص فى خدمات الطب النفسى- فلا يتلقي المساجين الذين يعانون من مرض عقلى إلا القليل أو لا يتلقون أى علاج نفسى. وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم يتعرضوا إلى عقاب مضاعف. وإذا تم إيداعهم مع المساجين الآخرين، فإن سلوكهم المريض يعرضهم للضرب والاعتداء بواسطة المساجين الآخرين. وإذا تم عزلهم عن الوسائل التى تساعدهم على الحياة، فإنهم يفقدوا كل ارتباطاتهم الاجتماعية ويؤدى عزلهم، فى العادة، إلى تدهور حالتهم المرضية.

مواجهة الفصام وجها لوجه فى المدرسة، والعمل، والعلاقات: يوجد فى الوقت الحاضر كثيرا من تلاميذ المدارس، ومن يعملون وبعضهم آباء وأمهات وأزواج، يعانون من الفصام. إن جون ناش الحائز على جائزة نوبل فى الرياضيات عام ١٩٩٤ ، عاش مريضا بالفصام لمدة ثلاثون عاما.

نستطيع أن نساعد مرضى الفصامإذا قدمنا لهم البيئة الداعمة والأدوية المناسبة والعلاج والتشجيع على أن يكونوا إفرادا منتجين فى المجتمع.

ولكن، لا زالت هناك الصور السالبة عن المصابين بالفصام فى التليفيزيون والسينما ووسائل الإعلام الأخري، والتى تؤدى إلى الوصمة وتشجع أكثر على التمييز. وكما ذكرت إحدي السيدات إذا ذهبت إلى مستشفى بسبب ساق مكسورة، يرسل الناس زهورا ويقومون بزيارتك أما إذا ذهبت إلى مستشفى بسبب مرض عقلى، لا يرسل لك الناس زهورا، ولا يقومون بزيارتك

ماذا يمكنك أن تفعل؟

* يجب أن تنتبه إلى الكلمات التى تستعملها مجنون ، معتوه ، و سكيزو ، وما شابهها فهى عبارات مسيئة.

ساعد فى جعل الآخرين على وعى كيف يمكن للكلمات والمواقف أن تسبب الأذي.

* ألا تضحك من النكات القاسية. اجعل الآخرين يعرفوا أن الجهل يؤذى.
* اقف بجانب من يعانون من أعراض مبكرة لمرض عقلى.
* يجب أن تهتم. اتصل بجماعات دعم الفصام المحلية (إن وجدت). إذا لا توجد واحدة من هذه الجماعات فى بلدك أو إذا احتجت إلى معلومات أكثر عن البرنامج العالمى لمحاربة الوصمة والتمييز، اتصل بالجمعية العالمية للطب النفسى– بواسطة التليفون أو الفاكس أو البريد الإلكترونى– لتعرف البرامج المحلية فى وطنك.

١٦

الطب النفسي الشرعي

من قديم الزمان في المجتمعات البدائية ، كان الاعتبار الوحيد عند تقرير الجزاء عن الجريمة هو مجرد نوع الفعل الإجرامي ، دون إدخال عنصر القصد في الحساب . ولذا كانت تلقي المسؤلية الكاملة علي فئات مختلفة من الكائنات ، حتي علي الجماد والحيوان الدنيا .

غير أنه مع تقدم الحضارة ، وجد اتجاه جديد نحو تنظيم العقاب القانوني، بمراعاة أن المسؤلية الجنائية قد تتأثر بالحالة الذهنية للمرتكب ، وخصوصا من وجهة دخل إرادته في ارتكاب الفعل المحرم .

من قديم الزمان في المجتمعات البدائية ، كان الاعتبار الوحيد عند تقرير الجزاء عن الجريمة هو مجرد نوع الفعل الإجرامي ، دون إدخال عنصر القصد في الحساب . ولذا كانت تلقي المسؤلية الكاملة علي فئات مختلفة من الكائنات ، حتي علي الجماد والحيوان الدنيا.

غير أنه مع تقدم الحضارة ، وجد اتجاه جديد نحو تنظيم العقاب القانوني، بمراعاة أن المسؤلية الجنائية قد تتأثر بالحالة الذهنية للمرتكب ، وخصوصا من وجهة دخل إرادته في ارتكاب الفعل المحرم .

إن الطب النفسى الشرعى هو العلم الذى يتناول ، قبل كل شىء العلاقة بين الجريمة والقانون والمرض النفسى ؛ أى كل ما يتعلق بالنواحى القانونية المختلفة للأمراض العقلية .

ويجدر بنا مواجهة الحقيقة فى أنه لايوجد حد فاصل واضح ودقيق ، بين الجريمة الناشئة عن تغيرات نفسية مرضية فى المرتكب ، والجريمة التى تعتبر بالمقارنة عادية ، وهذا يوازى تماماً الحقيقة المعروفة لدى أخصائى الطب النفسى، من أنه لايوجد مثل هذاا لحد الفاصل الدقيق بين سلامة العقل واختلاله .

ونظراً لأن مدى وأهمية الجريمة المرضية – أى الجريمة المترتبة على المرض العقلى – لايمكن استجلاؤها بالتناسب الكافى ، إلا ببحث علاقة هذا النوع من الإجراء بنواحى الإجرام كله كماً وكيفاً .. فإنه يتعين الاختيار بين طريقتين لإجراء البحث التفصيلى فى الإجرام المرضى ، وذلك بتصنيف المعلومات الواقعية المستخلصة منه ، إما بالنظر إليها من زاوية الجريمة ، أو بالنظر إليها من زواية الحالة العقلية المرضية .

وبتعبير آخر يجرى بحث مدى العلاقة بين الفئات الرئيسية للسلوك الإجرامى والحالات العقلية المرضية المختلفة ، كما يجرى بحث طبيعة وكيفية تأثير هذه الحالات فى مختلف تلك الفئات ... أو أنه من الناحية الأخرى ، يبدأ بالنظر فى

الأنواع الإكلينيكية المختلفة للمرض العقلي ، ثم يجرى البحث بعد ذلك في فئات السلوك الإجرامي ، التي تكون أكثر شيوعاً في كل من تلك الأنواع ، وإذا قورن بين هاتين الطريقتين .. فإن كفة الطريقة الثانية تبدو الراجحة ، وذلك لفائدتها العملية .

هذا وفي خلال الاثنتي عشرة سنة ، التي مضت بين أول فبراير سنة ١٩٤١ ، وآخر يناير سنة ١٩٥٣ (د. الخولي ١٩٦٩) ، بلغ عدد المتهمين الذين أدخلوا مستشفى الأمراض العقلية الحكومي ، وتم فحصهم وتقديم التقارير عنهم ٢٠٧٦ منهم ١٢٣ من الإناث .. هذا بخلاف عشرات آخرين ، نسبت إليهم تهم صغيرة .. فحفظت النيابة قضاياهم ، بعد تقديم التقارير عنهم ، وأشارت باعتبارهم مرضى عاديين ، يعاملون طبقاً لأحكام القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ .

ومن أولئك المتهمين تبين أن ٤٦٢ – بما فيهم ٧ من الإناث – كانوا غير مصابين بالمرض أو القصور العقلي .. فأعيدوا إلى النيابة العامة لاتخاذ اللازم بشأنهم.

وقد شخصت حالات بقيتهم وهم ١٦٢٥ – بما فيهم ١١٦ من الإناث – على أن ٢١ منهم كانوا مصابين بالعته الشللي ؛ أي نسبة ٩,٣ ٪ وأن ٨ كانوا مصابين بالسبه أي الشيخوخة بنسبة ٠,٥ ٪ ، وأن ٢٦ منهم كانوا مصابين بالعته المضاعف للشلل الباركنسوني (الاهتزازي) الناشئ عن الالتهاب المخي ؛ أي بنسبة ١,١٨ ٪ وأن ٢٩٣ – بما فيهم ٢٠ من الإناث – كانوا مصابين بالمرض العقلي المضاعف لمرض البلاجرا ؛ أي بنسبة ١٨,١٤ ٪ ، وأن ٦ – بما فيهم ٢ من الإناث – كانوا مصابين بمرض عقلي اختلاطي غير بلاجري ؛ أي بنسبة ٠,٣٧ ٪، وأن ٤٣٢ – بما فيهم ٢٢ من الإناث – كانوا مصابين بالفصام الذهني أي بنسبة ٢٦,٧٥ ٪ وأن ٢٤ منهم كانوا مصابين بمرض عقلي هذائي أوشبه هذائي ؛ أي بنسبة ١,٤٩ ٪ ، وأن ٥٩ منهم – بما فيهم ٧ من الإناث – مصابين بالمرض العقلي الصرعي ؛ أي بنسبة ٣,٦٥ ٪ ، وأن ٨ بما فيهم ٢ من الإناث – كانوا مصابين بمرض عقلي هستيري ؛ أي بنسبة ٠,٠٥ ٪ ، وأن ١٥ – بما فيهم أنثى واحدة – كانوا مصابين بالشخصية الفجة ؛ أي الحالة السيكوباتية أو القصور الخلقي بنسبة ٠,٩٣ ٪ ، وأن ٢٩٧ – بما فيهم ١٧ من الإناث – كانوا مصابين بالقصور العقلي الإدراكي أي بنسبة ١٨,٣٩ ٪ .

وجدير بالذكر أنه أدخل المستشفى للفحص والتقرير ١٥ من المجني عليهم– منهم ١٠ من الإناث – فتبين حسب المفصل فيما بعد أن ٣ – بما فيهم ٢ من الإناث

– كانوا غير مصابين بالمرض العقلى .. كما أدخل من المساجين المحكوم عليهم ٥١ – بما فيهم ١١ من الإناث – فتبين حسب المبين بعد ، أن ٥ منهم كانوا مصابين بالمرض العقلى .

وللأسف .. لا تتوافر معلومات حديثة تفصيلية عن الموقف فى الطب النفسى الشرعى ، بعد دراسة الدكتور الخولى ١٩٦٩ .

ومن قديم الزمان فى المجتمعات البدائية ، كان الاعتبار الوحيد عند تقرير الجزاء عن الجريمة هو مجرد نوع الفعل الإجرامى ، دون إدخال عنصر القصد فى الحساب . ولذا كانت تلقى المسؤلية الكاملة على فئات مختلفة من الكائنات ، حتى على الجماد والحيوان الدنيا .

غير أنه مع تقدم الحضارة ، وجد اتجاه جديد نحو تنظيم العقاب القانونى، بمراعاة أن المسؤلية الجنائية قد تتأثر بالحالة الذهنية للمرتكب ، وخصوصا من وجهة دخل إرادته فى ارتكاب الفعل المحرم ، وهذا الإدراك للقصد كعنصر أساسى فى السلوك الإجرامى ، قد أشير إليه – ولو بغير وضوح تام – فى الشريعة الموسوية وفى القانون الرومانى القديم .

وقد ذكر بوضوح أكثر فى فقه جوستنيان ، وطبق ما طبق على موضوع الجرائم ، التى يرتكبها مرضى العقل ؛ فنص على أنه إذا كان المرتكب مصاباً بحالة هياج (وهذا تعبير يقصد به فى الأصل هياج الهوس ، ولكن يمكن اعتباره منصباً على الذهان عامة) فإنه يعفى من العقاب ، وإذا كان من وجهة المسئولية الجنائية معتبراً فى وضع الطفل نفسه ، وكان اللوم عما ارتكب يلقى على أهله المكلفين بالعناية به ، والذين قصروا فى وضعه تحت الرقابة الكافية .

وبقيام الإسلام بعد ذلك ، توالت صدور أحكام الشريعة الإسلامية ، بشأن المسئولية الجنائية عن الأفعال الموجبة للعقاب . وقد وردت بعض هذه الأفعال وتلك الأحكام فى الآيات القرآنية ، والبعض الآخر ورد فى الأحاديث النبوية ؛ وكلها خاصة بالجرائم المتسأهلة للقصاص وإقامة الحد .

أما الجرائم الأخرى التى لم تحددها الشريعة ، وبالتالى لم تنص على عقاب خاص لها .. فتكون عقوبتها من باب ما يسمى التعزيز ، الذى وكّل الشرع أمرها وتقديرها إلى رأى الحاكم .

ويتراوح التعزيز – خفة وشدة – بين الهجر والنفى والحبس إلى تحريق مسكن وممتلكات الجانى أو مصادرة أمواله أو إتلاف أدوات الفساد ، وقد يصل إلى الإعدام لمن تكرر منه الجريمة ، مما يتبين منه أن الشريعة الإسلامية لاتشترط فى المسئولية الجنائية النص على الجريمة أو العقاب .

وهذا الوضع يتفق تمام الاتفاق لصلاحيتها للتطبيق فى كل العصور والأحوال ، إذا راعت الشريعة الإسلامية فى ذلك التحوير الذى يجرى فى الأفكار بالنسبة للأفعال الإجرامية تبعاً لتطور المجتمعات الإسلامية وتقدمها ، بحيث لايكون من الحكمة مع هذا التشريع الذى جاء للخلود ، أن يحدد بصفة نهائية أنواع الجرائم وعقوبتها ، ثم ينص بعد ذلك على أن لا جريمة ولا عقوبة إلا بنص.

هذا .. وقد اشترطت الشريعة الإسلامية فى تحقيق المسئولية الجنائية على العموم أن يكون الجانى عاقلاً بالغاً مختارا، ولذلك فلا جناية على صبى ولا ذهانى، بل ولا نائم ولا مغمى عليه ولا سكران .

وفى حين أن هذه الروح الإنسانية بالنسبة لمرضى العقل ، التى وجدت فى صدر الإسلام .. استمرت سائدة فى المجتمعات الإسلامية بعد ذلك ، فإن الروح التقدمية المماثلة والمستخلصة من النظرة المتنورة ، التى وردت فى فقه جوستنيان لم يقدر لها فى أوروبا النماء ، حتى ولا الاستقرار فى النظم القانونية للدول ، التى قامت على أطلال الإمبراطورية الرومانية ، بحيث إنه خلال القرون الوسطى لم تمنع الإصابة بالمرض العقلى من تطبيق القانون بكل صرامته على المرتكبين ، إلا إذا كانت الإصابة واضحة كل الوضوح ؛ فمثلا فى خلال القرنين الحادى والثانى عشر، كان الذهان مهما تعاظمت درجته لا يعتبر فى ألمانيا عاملاً مخففاً للعقاب فى جرائم القتل ، إلا إذا كان الجانى قد أثبت جنونه بإحداث إصابات جسمية بنفسه ؛ أى ببدنه وقت وقوع الجريمة .

وحتى فى عصر النهضة وما بعدها عندما ظهرت دلائل إحياء المبادئ الأكثر إنسانية ،وهى التى تضمنها فقه جوستنيان – كما حدث فى إيطاليا فى القرن السادس عشر ، حيث تضامن الأطباء والمشرعون فى وضع الأسس السليمة لعلم الطب النفسى – استمر الاتجاه البدائى الصارم سائداً فى شمال أوروبا ؛ حيث كان المصابون بالقصور العقلى الواضح وبالمرض العقلى توقع عليهم فى ألمانيا ، خلال القرنين السابع عشر والثامن عشر ، عقوبات شديدة قد تصل إلى الإعدام .

هذا .. وبإمعان النظر فى النشاط العقلى يتبين أنه يتكون من ثلاثة جوانب، هى : الجانب الوجدانى والجانب السلوكى والجانب الإرادى .

وهذه الجوانب وثيقة الصلة – خصوصا جانبى الوجدان والسلوك – بحيث لايسهل فصل أحدهما عن الآخر ، إلا عند المحاولة الدقيقة لفصلهما . والمرض العقلى يؤثر على الجوانب الثلاثة ، ولو بدرجات متفاوتة ، سواء فى أنواع المرض المختلفة ، أو فى مبلغ التطور . أو التقدم الذى وصل إليه كل نوع عند المريض . وفى حين أن القصور العقلى هو بالأكثر عبارة عن قصور فى إدراك ، أى ذكاء المصاب به .. فإنه بالتالى عبارة عن ضعف فى الناحية المعرفية ، إلا أن هذا الضعف أو ذلك القصور يؤثر أيضاً على ناحيتى الوجدان والسلوك ، فيجعل المريض سهل الانفعال والاستثارة وحاد الخلق ومضطرب السلوك ؛ لعدم إمكانية ضبط شهواته ، التى تبدو أقوى من حقيقتها ؛ نتيجة لضعف ملكة الضبط الكفى التى هى جزء من الجانب المعرفى .

ويتضح من هذا أن اضطراب كل من الجوانب الثلاثة للنشاط العقل يتفاوت لدى مرضى العقل بين حالة وأخرى ، ونوع وآخر من المرض العقلى . بل المشاهد والمعروف أنه فى الغالبية – إن لم يكن فى كل المرضى – يسبق اضطراب الوجدان والسلوك ، اضطراب التفكير والإدراك ، كما هو الواقع مثلاً ، وبالأخص فى الحالات المبكرة من نوع الفصام ، وأيضاً فى نوع العته الشللى ، الذى ينشأ عن إصابة قديمة بالزهرى ، ولذا ليس من الوضع السليم من الوجهة الفنية تقرير حالة المتهم العقلية ، وبالتالى تقدير درجة مسئوليته الجنائية ، على أساس وجود أو عدم وجود اضطراب فى أحد جوانب النشاط العقلى ، دون غيره ؛ خصوصاً الجانب المعرفى المتضمن الإدراك والتفكير والتعقل والذاكرة والضبط الكفى .

ولكن مما يدعو للغرابة أن قصور الاهتمام على هذه الناحية المعرفية فى المتهمين المشتبه فى حالتهم العقلية ، هو الاتجاه الذى نشأ فى بريطانيا ، وكان سائدا آخر القرن السابع عشر ؛ تماشياً مع الميول البدائية الصارمة والسائدة فى أوروبا حينذاك ، واستمر معمولاً به كما هو تقريبا حتى الوقت الحاضر .

وقد وضع أساس ذلك الاتجاه المشرع ماتيوهيل ، الذى بعد أن فرق القصور بين القصور العقلى والمرض العقلى .. قسم هذا القصور إلى جنون جزئى وجنون كلى، ثم عرف الجنون الجزئى بأنه عبارة عن الكفاية فى استخدام ملكة التعقل ؛ بالنسبة لبعض الموضوعات أو الظروف أو المواقف ، دون البعض الآخر ، وأبدى

الرأى بأن هذا الجنون الجزئى ، الذى لا يفقد الشخص بصفة كاملة القدرة على استخدام ملكة التعقل ، لا يعفى من العقاب ، عما يرتكب من جرائم .

وهذه القاعدة التى اتخذها هذا المشرع كأساس لتعاليمه القانونية تعنى – فيما يختص بالمسئولية الجنائية – أن اضطراب الإدراك والتفكير أى اضطراب الجانب المعرفى للعقل – هو المعيار الوحيد للدلالة على إصابة المتهم بالمرض العقلى المعفى من تلك المسئولية .

وهذا المبدأ ما زال سارى المفعول ضمن نظريات القانون الإنجليزى . وكل ما حدث من تغييرات به منذ ذلك الماضى البعيد ؛ أى منذ ما يقرب من ثلاثة قرون ، كان مقصورا على إيضاح تحديد نوع ومدى الاضطراب فى الإدراك ، الذى يمكن أن يعفى المتهم من العقوبة المنصوص عليها فى القانون ، وقد جرت نحو هذه الغاية محاولات متجاوزة الحد ؛ للتوصل إلى وضع اختبار قانونى الكفاية الإدراكية .

ومما يذكر أن «هيل» نفسه رأى أن يجعل الجانى مسئولا عن فعله الجنائى ، الذى على الرغم معاناته لاضطراب عقلى اكتئابى ، كان لا يزال لديه قدر من الفهم والإدراك مساوٍ لما عند صبى ، يبلغ من العمر أربع عشرة سنة . ونظرا لأنه فى عصر «هيل» ، لم تكن هناك فكرة محددة وواضحة عن مقدار الفهم لدى ذلك الصبى أو معدل عقليته .. فإن هذا المشرع كان – على الأرجح – يكتفى بتقدير هذا الأمر على أساس الافتراضات النظرية القانونية ، لا على نتائج المشاهدة الفعلية ، ومع ذلك فمن بعده وحتى آخر القرن التاسع عشر ، كان تطبيق القاعدة التى وضعها يجرى بدرجة أكثر دقة وأشد صرامة ، كما يدل عليه توجيه أحد مشاهير قضاة المحكمة العليا حينذاك لهيئة المحلفين ؛ حيث قال إن المجنون يعفى من العقاب فقط ، إذا كان قد فقد بحالة كاملة إدراكه وذاكرته ، بحيث لم تتجاوز درايته بما يفعل الطفل الصغير أو الحيوان الكاسر .

وفى خلال النصف الأول من القرن التاسع عشر ، كان هناك قليل من التساهل غير الواضح وغير المحدد فى تطبيق ذلك المبدأ ، فكان معيار المسئولية الجنائية هو قدرة الجانى على التمييز بين الخطأ والصواب بصفة عامة ، أو بالنسبة للجرم الذى ارتكبه .

واستمر الحال على ذلك إلى أن وقعت فى سنة ١٩٤٣ حادثة جنائية ، أعطت الموضوع أهمية وشهرة غير عاديتين ، فعند انصراف سكرتير رئيس وزراء بريطانيا

من منزل رئيس الوزراء ، أطلق عليه شخص يدعى «مكناتن» أعيرة نارية ، وقتله على أساس اعتقاد لديه بأن المجنى عليه هو رئيس الوزراء نفسه ، وقد تبين عنده محاكمة الجانى أنه منذ وقت طويل كان يعانى هذاءات اضطهادية ، وأنه فى خلال السنتين السابقين لوقت الحادثة ، أرسل جملة شكاوى للسلطات المختصة طالباً حمايته من أعدائه المزعومين ، ولكن دون نتيجة مرضية فى نظره ، ولذا أقدم على فعله للفت النظر إلى ظلامته .

وإزاء هذا لم يكن غريباً أن تقرر هيئة المحلفين عدم مسئولية المتهم ، غير أن هذا القرار أحدث مع ذلك ضجة كبيرة ، جعلت مجلس الأعيان هناك يقدم للجنة القضائية عدة أسئلة عن الوضع القانونى ، حيال الجرائم التى يرتكبها أشخاص يعانون من معتقدات وهمية جنونية ، ضد واحد أو أكثر من الناس .

وقد أطلق على إجابات تلك الهيئة بصفة عرفية تعبير «قواعد مكناتن» ، واعتبرت منذ ذلك الحين من مبادئ القانون الإنجليزى ، التى تلتزم بها الهيئات القضائية عند الفصل فى المسئولية الجنائية لمرضى العقل .

وأهم ما جاء فى تلك القواعد هو مانص على أنه لكى يكون الدفع بجنون المتهم وطيداً ومبنيًا على أساس سليم وممكنا الأخذ به يجب أن يثبت بوضوح أن المتهم وقت ارتكاب الجريمة «يعانى بسبب مرض فى العقل من نقص أو قصور فى التعقل أو الرشد ، جعله لا يدرى طبيعة ونوع أى ماهية الفعل ، الذى كان يرتكبه أو فى حالة درايته لطبيعة وماهية الفعل .. فإنه لم يكن يدرى أن ما يرتكبه فعلاً خاطئاً» .

ومع أن أسئلة مجلس الأعيان وردود لجنته القضائية عليها تختص صراحة بالأفعال الإجرامية ، التى يرتكبها أشخاص يعانون من هذاءات مرضية ، إلا أن قواعد «مكناتن» تعتبر عادة ، وتفسر حسب العرف القانونى على أنها تنصب على المرض العقلى عامة ، وأيا كان نوعه ومهما تبلغ درجته .

ومن هذا يتبين أنه حسب تلك القواعد ، لابد أن يكون المرض العقلى المانع للمسئولية الجنائية هو ذلك المتضمن نقصاً أو قصوراً فى التعقل والرشد ، يحول دون إمكان الجانى معرفة طبيعة وماهية فعله أو خطأ هذا الفعل .

وبمعنى آخر .. يكون أعضاء اللجنة القضائية لمجلس الأعيان البريطانى بقواعد «مكناتن» التى وضعوها قد تمسكوا بكل دقة بالمبادئ التقليدية للقانون الإنجليزى ، التى تجعل من اضطراب الإدراك – وهو الجانب المعرفى للعقل – المعيار الوحيد

للمسئولية الجنائية فى حالات المرض العقلى، وكنتيجة تبعية لذلك لا تؤخذ الأفعال الإجرامية من مريض العقل على أنها وثيقة الارتباط بمرضه وناشئه عنه ، إلا إذا ثبتت صلتها الفعلية باختلال إدراكه .

وعند مناقشة موضوع كفاية أو عدم كفاية «قواعد مكناتن» ،كاختبار قانونى للمسئولية الجنائية فى حالات المرض العقلى .. يبرز التساؤل عما يدعو المجتمعات المتحضرة للامتناع عن عقاب مرضى العقل ، جزاءً لما يرتكبونه من جرائم ، وكأساس منطقى للتساهل أو اللين فى معاملة هؤلاء المرضى .. توجد الحقيقة المعترف بها ، وهى أن المرض العقلى يمحو أو ينقص القدرة على ممارسة ضبط النفس المانع من انتهاج القانون ؛ مما يجعل توقيع العقاب على المصاب به كإجراء ردعى عديم الفائدة ، وكذلك يرجع ذلك التساهل بعض الشيء إلى حكمة قديمة ، تقول إن المجنون بموجب مرضه معاقب بما فيه الكفاية .

فضلاً عن هذا .. فإن الهيئة الاجتماعية تعتبر مرضى العقل ذوى ميول إجرامية كامنة بحالة ، وإلى مدى لايشاهد فى الأشخاص السويين ، مما يجعلها تلجأ إلى حماية نفسها مسبقاً بحرمان هؤلاء المرضى من حريتهم الشخصية ، بحجزهم فى المستشفيات المختصة ، وكمقابل لهذا الحرمان من حقوق المواطن العادى .. فإنها تعفيهم من الواجبات والمسئوليات الموازية لتلك الحقوق ، وبالتالى فإنها تعفيهم من العقاب ، عندما يدفعهم المرض العقلى لارتكاب الجرائم .

وفى بلادنا وفى تلك البلاد الأخرى .. تساوى الإصابة بالمرض العقلى عدم المسئولية الجنائية ، وينص قانون العقوبات عندنا فى المادة ٦٢ منه على أنه لا عقاب على من يكون فاقد الشعور أو الاختيار فى عمله وقت ارتكاب الجريمة ، إما لجنون أو عاهة فى العقل ، وإما لغيبوبة ناشئة عن عقاقير مخدرة أيا كان نوعها إذا أخذها قهراً عنه ، أو على غير علم منه بها .

وهذه الفقرة الأخيرة من المادة تعنى أن تعاطى الشخص العادى للمخدرات بما فيها الخمر والحشيش ، لا يعفيه من المسئولية والعقاب عما يرتكبه وهو تحت تأثيرها ، ما دام أنه يأخذها بمحض إرادته وهو يعلم ماديتها .

أما المصاب بالجنون أو العاهة فى العقل ، حتى ولو جاءت مضاعفة لاعتياد تعاطى الحشيش أو الخمر أو كليهما .. فلا عقاب عليه بصفة شاملة ، وهذا اتجاه يتفق مع الوضع الفنى السليم ، ويحل دون التعقيد فى موضوع كالمريض العقلى ، ليس من

السهل توضيح حدوده بالدقة المرغوب فيها ، وما دام أنه بالإمكان إثبات أن المتهم كان وقت ارتكاب الجريمة مصاباً بأحد الأنواع المعروفة للمرض العقلى .. فإن الخبير يقرر أنه يعتبر حينذاك غير مسئول عن أعماله .

إن الغالبية العظمى من مرضى العقل ليس لديهم استبصار بحقيقة حالتهم ، فلا يشعرون ، ولا يعترفون بأنهم مرضى وفى حاجة للعلاج ، وبالتالى .. فإنهم لايرون داعياً لإدخالهم مستشفى الأمراض العقلية ، بل يرفضون الذهاب إليها أو حتى إلى عيادة طبيب أخصائى فى الطب النفسى .

هذا فى حين أن مصلحة المرضى تقضى بأن يجرى علاجهم مبكراً بقدر الإمكان عقب اكتشاف المرض لديهم ، زيادة فى أمل شفائهم ، وتتطلب أحيان كثيرة بأن يكون هذا العلاج داخل المستشفى ، وذلك لاعتبارات شتى ضمنها عدم قبولهم لأى علاج فى وسطهم العائلى ، والحاجة إلى حمايتهم من احتمال أضرارهم بأنفسهم أوبغيرهم .. لذا كان من الضرورى فى مثل تلك الأحيان إدخال المرضى المستشفى قسراً عنهم وحجزهم فيه .

ولما كان فى هذا الحجز تقييد للحرية الشخصية المكفولة لكل المواطنين المتبعين لسنن المجتمع ونظمه .. فقد وضحت الحاجة هنا فى كل دول العالم إلى سن التشريعات اللازمة ؛ لتنظيم ذلك القيد على الحرية الشخصية ، ولضمان عدم الخروج به عن هدفه الأصلى ، وهو صالح المرضى وأمن المجتمع .

وقد كان إرسال مرضى العقل إلى مستشفيات الأمراض العقلية يجرى فى الماضى بمقتضى نظام غير دقيق ووارد فى لائحة الشرطة ، ومؤداه أن يعرض المريض على طبيب الصحة ، الذى بعد القيام بالفحص وبملء استمارة خاصة بمشاهداته ، وبأية معلومات .. يكون قد حصل عليها من أقارب المريض أو الملاحظين له ، ثم يوقع مأمور قسم أو مركز الشرطة فى نهاية الاستمارة على أمر بقبول المريض فى المستشفى للحجز والعلاج ، وكان الإفراج عمن تتحسن حالته أو يشفى من هؤلاء المرض يتم بمعرفة المستشفى ، بعد فحص المريض كذلك .

غير أنه للاختبارات سالفة الذكر ، وتماشيا مع اتجاهات التقدم ؛ خاصة بالنظر لما تعهدت به الحكومة فى مؤتمر إلغاء الامتيازات الأجنبية ، الذى عقد فى أوائل عام ١٩٧٣ بمدينة مونتريه من سن قانون عصرى ، ينظم معاملة مرضى العقل والعناية بهم وبشئونهم .. فقد صدر هذا القانون بالفعل ، ونشر بالجريدة الرسمية ، وأصبح نافذ

المفعول ، ابتداء من ١١ أكتوبر سنة ١٩٤٤ : وهو الذى أطلق عليه عنوان «القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ ، الخاص بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية» .

وهذا القانون يقع فى ٣٩ مادة فقط ، مقسمة إلى ستة أبواب . وبهذا يبدو مبسطاً ومختصرا ، ولكنه مع ذلك قد وفى – لغاية الوقت الحاضر – بالغرض من إصداره ، وقد شكل فى السنوات العشر الأخيرة أكثر من لجنة للنظر فى تعديله ولكن لم تظهر لغاية الانتهاء من تأليف هذا الكتاب أية نتيجة لمجهودات تلك اللجان ، والتى أتمنى أن تظهر خلال الأعوام القادمة ، بعد المناقشات المتعددة ، التى تمت بين أعضاء الجمعية المصرية للطب النفسى خلال الأعوام السابقة ، وأعضاء مجلس الشعب وقد تم أخيراً فى مايو ٢٠٠٩ موافقة مجلس الشعب على قانون رعاية المريض النفسى بعد مناقشات استغرقت ثلاث سنوات بين الجمعية المصرية للطب النفسى ووزراء الصحة ومرفق صورة القانون الجديد مع قوانين الطب النفسى المختلفة.

ويتناول الباب الأول من القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ – فى ثلاث مواد – الأداة التى تهيمن على تنفيذه ، وهى مجلس المراقبة للأمراض العقلية ، واختصاصاته ، وطريقة تشكيله ومواعيد صحية انعقاده .

ويتناول الباب الثانى من القانون – فى المواد من ٤ إلى ٢١ – موضوع حجز المصابين بأمراض عقلية والإفراج عنهم – فنصت المادة ٤ فى الفقرة الأولى منها – على أنه لايجوز حجز المصاب بمرض فى قواه العقلية ، إلا إذا كان من شأن هذا المرض أن يخل بالأمن أو النظام العام ، أو يخشى منه على سلامة المريض أو سلامة الغير .

وهذه الفقرة مع أهميتها قد تبدو غير دقيقة تماما ، ولكن بالنظر لطبيعة الاضطراب العقلى وكونه غير محدد المعالم تحديداً كاملاً فإنه يصعب جداً صياغتها فى عبارات ، تكون أكثر دقة مما هى عليه ، ويلاحظ أنه ورد فى هذه الفقرة عبارة (إلا إذا كان من شأن هذا المرض) ، ولم يرد بديل عنها مثلا عبارة (إلا إذا كان أدى هذا المرض بالفعل) ، ويستفاد من ذلك عدم التباطؤ فى اتخاذ إجراءات الحجز وعدم الانتظار إلى أن يحاول المريض – على سبيل المثال – الانتحار أو مهاجمة الغير أو غير ذلك .

وفيما يختص بإدخال المريض مستشفى الأمراض العقلية وحجزه فيه .. فإن هناك ثلاث طرق لذلك ، مبينة تفاصيلها فى المواد ٥، ٧، ١٢ من القانون ، والمادتين

٥ ، ٧ خاصتان بالمرضى ، الذين تنطبق عليهم الفقرة الأولى من المادة ٤ المشار إليها فيما تقدم .

وبالتالى يكون الذين يجب إدخالهم المستشفى بقصد حجزهم قسراً عنهم ، والمادة ٥ هى خاصة بالمريض الذى يصادفه طبيب الصحة بنفسة ، أو الذى يصل إلى النيابة أو لمأمورى الضبطية القضائية من رجال الشرطة علم بحالته ، إما مباشرة أو عن طريق أقاربه أو معارفه ، فيحال على ذلك الطبيب الذى يفحصه ، ثم يملأ استمارة خاصة مكونة من أربع صفحات بمشاهداته ، وبما يحصل عليه من معلومات أخرى ، ويوقع مأمور قسم أو مركز الشرطة فى نهايتها على طلب إلى مدير المستشفى بقبول المريض ، وحجزه هناك ، ويحمل هذه الاستمارة أحد رجال الشرطة برفقة المريض إلى المستشفى .

بينما تختص المادة ٧ بالمرضى ، الذين يفضل أقاربهم إدخالهم المستشفى (الذى يكون عادة مستشفى خاصا) عن غير طريق الشرطة ، بشهادتين طبيتين ، كل منهما على استمارة خاصة وإحداهما على الأقل من طبيب حكومى ، ومع الشهادتين استمارة بطلب حجز المريض معنونة إلى مدير المستشفى .

أما المادة ٢١ .. فإن الغرض منها التسهيل على المرضى ؛ لكى يتقدموا فى ستر إلى المستشفى مباشرة ، وبمحض إرادتهم للعلاج داخله ، باعتبارهم من يطلق عليهم اسم المرضى الطوعيين ؛ حيث نصت المادة على أنه يجوز أن يقبل بمستشفيات الأمراض العقلية كل مصاب بمرض عقلى ، غير ما نص عليه فى الفقرة الأولى من المادة ٤ ، بناءً على طلب كتابى منه ، أو من وليه ، أو ممن يقوم بشئونه على أن يقوم مدير المستشفى برفع تقرير عن حالته إلى مجلس المراقبة فى خلال يومين من قبوله بالمستشفى ، وعلى أن يكون للمريض حق ترك المستشفى بناءً على طلب كتابى منه كذلك ، إلا إذا تفاقمت حالته العقلية .. فعند هذا ايتحفظ عليه بالمستشفى ، ويخطر أقاربه ولايشترط اتخاذ إجراءات حجزه طبقاً لأحكام المادة ٥ أو ٧ .

وتلك المادة ٢١ من المواد الأساسية فى القانون ؛ إذ هى إحدى وسائل التشجيع على علاج المرض العقلى مبكراً بقدر الإمكان ، عندما يكون المريض على شيء من الاستبصار بحالته غير السوية ، وحيث يكون الأمل كبيراً فى التغلب على المرض والشفاء منه .

وفى وقت ما ، كان مصير هذه المادة معلقاً ؛ إذ كانت مهددة بالحذف من مشروع القانون ، عند عرضه على اللجنة التشريعية الاستشارية بوزارة العدل ، وقبل إحالته إلى البرلمان لولا التوضيح لرجال التشريع عن مبررات وضع هذه المادة ، وأهميتها البالغة ، واستنادها إلى أحدث الآراء فى علاج المرض العقلى ، ومشابهتها لما ورد فى تشريعات الدول الأخرى .

وقد نصت المادة ٩ على : أن على مدير المستشفى أن يخطر مجلس المراقبة كتابة عن حجز أى مريض به – وهو الذى يكون قد أدخل بمقتضى إحدى المادتين ٥ ، ٧ – فى خلال ثلاثة أيام من دخوله ، وأن يقدم تقريراً إلى المجلس عن حالته فى خلال الأربعة الأيام التالية ، وعلى أنه بعد بحث حالة المريض يقرر مجلس المراقبة فى مدة ثلاثين يوماً على الأكثر من تاريخ الحجز ؛ أى دخول المستشفى إما بالموافقة على الحجز أو الإفراج عن الشخص المحجوز ، وإذا لم يصدر المجلس فى هذا الموعد قراراً بالموافقة على الحجز .. فإن الحجز يوقع تلقائيًا على الشخص المحجوز (مادة ١١) .

ويكون قرار الموافقة على الحجز نافذ المفعول لمدة سنة من تاريخ صدوره ، ويجوز للمجلس قبل انقضاء هذه المدة – وبناءً على تقرير عن حالة المريض من مدير المستشفى – أن يأمر بامتداد الحجز لمدة سنة أخرى ، ثم لمدة سنتين ، ثم لمدة ثلاث سنوات ، ثم لمدة خمس سنوات فخمس أخرى .. وهكذا (مادة ١٠) .

وقد بنيت هذه الفروق فى مدد امتداد الحجز على أساس أنه إذا كان مقدراً التحسن فى حالة المرضى .. فإنه يحدث على الأغلب خلال السنة الأولى ، أو ربما أثناء السنة الثانية ، ثم يقل تدريجيا الأمل فى الشفاء بعد ذلك ، وبالطبع يختلف الوضع الآن مع العلاج الدوائى الحديث ، ويمكث المريض بالمستشفى عدة أسابيع ، يعود بعدها للمجتمع .

هذا .. ويتناول الباب الثالث من القانون ، المحتوى على المواد من ١٢ إلى ٢٩ ، المحال المعدة لعلاج وإيواء المصابين بأمراض عقلية ، فلا يجوز إنشاء وإدارة مستشفى خصوصى لإيواء أو معالجة المصابين بأمراض عقلية ، إلا بناءً على ترخيص من وزير الصحة العمومية ، بعد موافقة مجلس المراقبة ، ولايمنح هذا الترخيص إلا لطبيب أو لجمعية خيرية أو مؤسسة اجتماعية معترف بها (مادة ٢٢) .

ويتناول الباب الرابع – ٣٠ – ٣٤ – العقوبات ، التى تفرض على الخارجين

على أحكام القانون ، أو على من يسيئون معاملة المرضى ، وتتدرج هذه العقوبات فى الشدة تبعاً لمبلغ خطورة الفعل المنسوب إلى المرتكب .. فنص على أن يعاقب بالحبس لمدة لاتتجاوز سنتين ، وبغرامة لاتزيد عن مائة جنيه ، أو بإحدى هاتين العقوبتين لكل طبيب أثبت عمداً فى شهادته ما يخالف الواقع فى شأن الحالة العقلية لشخص ما بقصد حجزه أو الإفراج عنه . وأيضاً كل من قبض أو حجز أو تسبب عمداً فى حجز أحد الأشخاص بصفته مصاباً بأحد الأمراض العقلية، فى غير الأمكنة والأحوال الواردة فى القانون (مادة ٣٠) .

ويشمل الباب الخامس من القانون أحكاماً عامة ، فتنص (مادة ٣٥) على أن يعتبر مفتشو إدارة الصحة العقلية والنفسية والموظفون ، الذين يندبون بقرار من وزير الصحة العمومية من مأمورى الضبطية القضائية فى إثبات الجرائم ، التى تقع مخالفة لأحكام هذا القانون ، والقرارات التى تصدر تنفيذاً له ، ولهم بهذه الصفة الحق فى تفتيش جميع المستشفيات ودخول المحال المخصصة للمصابين فى المنازل المأذون بحجز المصابين بأمراض عقلية فيها ، ولهم كذلك الحق فى فحص السجلات والأوراق المنصوص عليها فى المادة ٢٦ .

ويتناول الباب السادس والأخير بعض الأحكام المؤقتة ، مثل : منح أصحاب المستشفيات الخصوصية للمصابين بأمراض عقلية والموجودين وقت العمل بالقانون مهلة ، مدتها ثلاثة أشهر لتقديم طلب الترخيص بها (مادة ٣٧)، ومثل اعتبار المرضى الموجودين عند صدور القانون بمستشفيات الأمراض العقلية الحكومية أنهم كانوا محجوزين حجزاً صحيحاً من تاريخ إدخالهم بحيث كان تسرى بشأنهم سائر أحكام القانون ، فى حين كان يتعين عرض أمر المرضى المحجوزين فى مستشفيات خصوصية على مجلس المراقبة، خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ العمل بالقانون (مادة ٣٨) ، ومثل قيام وزراء الصحة العمومية والداخلية والعدل والشئون الاجتماعية بتنفيذ القانون ، كل منهم فيما يخصه ، على أن يصدر أولهم ما قد يلزم من القرارات، بما فيها المنفذة للمواد ٨، ٣٣، ٢٦ وغيرها .

أمثلة من الحالات التي تواجه الطب النفسي الشرعي

الانحراف أو الجناح

التعريف : سلوك خارق للقانون .

معدل الانتشار : ٢٠ – ٢٥ ٪ من المراهقين الذين يتهمون بأعمال ما في وقت ما من حياتهم .

٥٠ ٪ من الجرائم يقوم بها أفراد أقل من ٢١ سنة .

٥٠ ٪ من المراهقين الخارقين للقانون يعاودون مرة ثانية .

١٠ ٪ فقط يخرقونه عدة مرات .

إن السلوك غير الشريف يرتبط بالفرص المتاحة لذلك ، أكثر من ارتباطه بسمات الشخصية .

العوامل المصاحبة :

(أ) عوامل عضوية :

الانحراف أكثر انتشاراً بين التوائم المتشابهة ، عنه بين التوائم غير المتشابهة . وقد أثبتت ذلك الدراسات الوراثية بواسطة دراسات التبني . كما ثبت انخفاض معامل الذكاء في مكرري الانحراف ، وقد يصاحب أحياناً الإصابة المخية سلوك منحرف (وإن كانت ترتبط أيضاً بالجو العائلي المضطرب) .

(ب) عوامل أسرية واجتماعية :

حجم العائلة كبير ، الوالدان كثيرا التدخل ، ويتميزان بالقسوة والعدوانية وافتقاد الاتساق في تصرفاتهما .

(جـ) عوامل شخصية :

الميل نحو عدم الطاعة والعدوانية والهروب من المنزل في الطفولة ، وكلها مظاهر لعدم التوافق الشخصي .

(د) الاضطراب العقلي :

٢٧ ٪ من فتيان الأحداث اعتبروا «شاذين عقليًا» ، و٦٠ ٪ من الأحداث في المدارس الخاصة يعانون من اضطراب في الشخصية ، و١٩ ٪ من حالات الانحراف المتكرر يعانون من الذهان ، و١٦ ٪ سبق لهم دخول المستشفيات العقلية، و٨٨ ٪ اعتبروا شخصيات منحرفة بدرجة شديدة .

التصنيف :

سكوت (١٩٦٠) :

١- سلوك تحت حضارى .. اكتساب قيم ضد اجتماعية .

٢- أبوية أو أمومة غير مدربة وغير متسقة ، تؤدى إلى مختلف أنواع الانحراف المختلطة .

٣- سلوك إصلاحى - تعويض القصور الشخصى من إعاقة بيئية .

٤- سلوك متصلب ثابت - رد فعل إجرامى غير متوافق ومتكرر للكرب .

ريش (١٩٩٦) :

١- اقتحام - سلوك جماعى غير مخطط .

٢- إثبات وإظهار للرجولة .

٣- سلوك يؤدى للإشباع - اندفاعى وفردى ، وعادة ما تكون السرقة من أفراد العائلة .

٤- ثانوى - مخطط ومقصود .

العلاج :

١- الإرشاد الفردى للمنحرفين ، الذين يتمتعون بمعدل ذكاء عالٍ ، ولديهم الحافز للعلاج ، والقادرون على التعبير عن أنفسهم ، ويعانون من أعراض القلق، وينصح بأن تتم المقابلة مرة أو مرتين أسبوعيا لمدة ٩ شهور ، وأن تتم فى وحدة علاجية وألا يزيد العدد عن عشرة .

٢- أما بالنسبة للأفراد ذوى معدلات الذكاء المنخفضة .. فإن النظام الأبوى الصارم يكون أكثر فائدة من الإطار العلاجى الأقل حزماً .

٣- التخلص من نقاط احتقار الذات ، وإعادة بناء التقدير الذاتى والثقة بالنفس.

المآل :

يعتبر معدل الانحراف فى الماضى مؤشراً لاحتمال حدوث الانحراف فى المستقبل .

السيكوباتية (الشخصية العليلة أو المستهينة بالمجتمع)

سبق شرحها فى سياق اضطرابات الشخصية ، تحت اسم شخصية ضد اجتماعية ، ونركز هنا على المضمون فى الطب الشرعى .

التعريف :

لايوجد تعريف دقيق ومقبول ، وعادة ما يحوم التعريف حول الموضوع ؛ حيث يفترض أن السلوك نابع من المرض ، وإن كان يفترض أيضاً أن المرض نابع من السلوك . إن المرضية الاجتماعية مصطلح غير واضح ومموه فى كثير من الأحيان .

التطور التاريخى :

بينل ١٨٠١ :

جنون دون ضلالات – التفكير سليم مع اضطرابات فى الانفعال والإرادة .

راش ١٨١٢ :

انحلال أخلاقى – فقر أخلاقى داخلى قابل للعلاج الطبى .

برتشارد ١٨٣٥ :

جنون أخلاقى – القدرات العقلية سليمة، مع اضطراب فى الوظائف الوجدانية والأخلاقية .

كوخ ١٨٩١ :

شعور بالدونية نفسمرضى – استعداد تكوينى للاضطراب العقلى بكافة أنواعه .

كريبلين ١٩٠٩ :

سمات نفسمرضية – اضطرابات تحللية فى الشخصية ، منفصلة عن العصاب والذهان ، وقد غير آراءه فى السنوات التالية .

شنايدر ١٩٢٧ :

الشخصيات النفسمرضية .. شخصيات شاذة ، يؤدى سلوكها إلى المعاناة الشخصية ، أو إلى معاناة المجتمع ، ويتميزون بسمات عديدة منحرفة عما يعتبر طبيعياً فى مجتمع بذاته .

بارتريدج ١٩٣٠ :

تستخدم وجهة النظر الأمريكية مصطلح المرض الاجتماعى ، تأكيداً على أن التبعات تعود أولاً على المجتمع أكثر منها على الفرد .

هندرسن ١٩٣٩ :

السيكوباتية منفصلة عن العصاب ، فهى شخصية أنانية ، تفتقد المشاعر الراقية، مندفعة ، قليلة الاحتمال للكرب ولاتتعلم من أخطائها ، وقد وصف ثلاثة أنواع: الخلاق ، وغير السوى ، والعدوانى ، ويعتبر هذا التعريف ذا تأثير فى الطب النفسى البريطانى .

التعريف القانونى للشخصية السيكوباتية :.

هو عجز أو اضطراب مستمر فى العقل (سواء كان ذلك يتضمن التخلف العقلى أو لا يتضمنه) ، يؤدى إلى سلوك شاذ ، عدوانى أو غير مسئول من جانب المريض ، ويحتاج أو يقبل العلاج الطبى ، «وهو تعريف رسمى وإن كان يثير كثيراً من الجدل» .

سكوت (١٩٦٠) :

هناك أربعة عوامل ، تشترك فيها كثير من التعريفات ، هى :

١- غياب أمراض أو عيوب نفسية أخرى .

٢- سلوك ضد اجتماعى - عدوانى أو غير سوى .

٣- استمرار السلوك من سن مبكرة .

٤- يحتاج إلى نوع مميز فى التعامل من جانب المجتمع .

لويس (١٩٧٤) :

«وهو فئة شديدة المراوغة» غير محددة المعالم ، تحتاج إلى المزيد من المعرفة بها.

الأسباب :

١- عضوية :

تشير دراسات التبنى إلى وجود دور للعوامل الوراثية .

- يشير رسم المخ إلى وجود موجات شاذة بطيئة غير ناضجة ، على الجزء الخلفى من الفص الصدغى .
- بعض التصاحب مع اضطراب الكروموزمات ٤٧ xxy ، وتتميز هذه الحالة بالعدوانية .

٢- نفستحليلية :

قد يؤدى اختلال علاقات الارتباط المبكر إلى فشل فى عقد الصلات

الاجتماعية ، وعدم نضوج فى الارتقاء العاطفى والأخلاقى ، وارتقاء الأنا الأعلى؛ مما يحتمل أن يؤدى إلى :

١- سلوك شاذ وضد اجتماعى متكرر .

٢- الفشل فى تعلم السلوك الاجتماعى فى فترات التعلم الحرجة .

٣- افتقاد القلق الضرورى لتكوين القيم والأخلاقيات .

٤- الشعور بالقلق المتزايد عند أى شعور بالتهديد وبالتالى تجاهل كافة مشاعر القلق .

العلاج :

١- فى العيادات الخارجية :

الإرشاد والمساعدة فى تجنب مواقف الكرب ، وتعلم طرق جديدة للتعامل مع الإحباط ، ويمكن أن يتم ذلك بواسطة الأساليب المعرفية والسلوكية .

٢- فى القسم الداخلى :

الوحدات الطبنفسية التقليدية غير ذات فائدة ، أما المجتمعات العلاجية .. فتساعد على تعلم المهارات الاجتماعية بنسبة نجاح ٤٠٪ ؛ خاصة إذا كان معدل الذكاء عالياً ، والنضج الاجتماعى متبلوراً ويناسب المجال الأبوى ذوى معدلات الذكاء المنخفضة .

٣- السجون :

وهى ضرورية للمريض العدوانى ، وقد تكون السجون العلاجية ذات فائدة .

المآل :

ارتفاع معدلات إدمان الكحول والانتحار . وقد يقل السلوك العدوانى وضد الاجتماعى فى مراحل متأخرة من الحياة ؛ حيث يميل هؤلاء الأفراد إلى الاكتئاب ولوم الذات .

العنف

يأتى السلوك العنيف كنتيجة لارتفاع الدافعية نحو العنف ، مع افتقاد تحكم كافٍ فى النفس . ولذا .. فإن العنف غالباً ما يحدث فى قليلى التحكم فى النفس ، عند تعرضهم لأى درجة من الكرب ، وفى مفرطى التحكم فى النفس عند تعرضهم لدرجة جسيمة من الكرب (وهنا يكون العنف أيضاً شديداً) .

يحدث العنف غالباً فى المرحلة العمرية ما بين ١٧ - ٢١ سنة ، وتحدث ٥٠٪

من جرائم العنف عادة فى الأماكن العامة أو بعد مشاحنات عائلية ، وفى ٢٦٪ من الحالات يبدو الأمر ، وكأن الضحية هى التى استفزت موقف العنف .

درجة الخطورة (سكوت)

«مفهوم خطير» «ميل لايمكن التكهن به ، ولايمكن علاجه ، ولايمكن التنبؤ بالمخاطرة بإحداث إصابة أو دمار شديد لا رجعة فيه» .

العلاقة مع الاضطراب العقلى (تننت) :

١- يحدث نادراً نتيجة لاضطراب عقلى (خاصة الذهان البارانويدى والغيرة المرضية) .

٢- قد يصاحب اضطراب عقلى ، ولكن شفاء الاضطراب العقلى لايترتب عليه تقليل درجة الخطورة .

٣- قد يحدث دون أى دليل على وجود اضطراب عقلى .

قد يكون المرضى الذين خرجوا من المستشفيات العقلية ، أقل عرضة لجرائم العنف من المجموع العام ؛ بعكس اعتقاد العامة .

التقييم :

صعب ولكنه حيوى ، ويتم بأفضل أشكاله على أساس طويل المدى ، وبوجود تواصل جيد بين كافة المقيمين .

١- قد يعتمد على نوع وكيفية العنف ؛ فالعدوان الجنسى والمصابون بالغيرة المرضية عرضة بشكل خاص لتكرار العنف .

٢- التهديد بالعنف وتكرار العنف فى حالات السكر يشير إلى احتمال تكرار الخطر ؛ فالخطر المتكرر يشير إلى احتمال وقوعه فى المستقبل .

٣- قد يعتمد على عوامل بيئية - إذا استمرت الكروب أو بقيت ضحايا العنف على حالها .

٤- يجب تقييم العوامل التى تؤدى إلى الانفلات ، مثل : الخمر والعقاقير والإجهاد .

٥- عدم الشعور بالندم يشير إلى ارتفاع درجة الخطورة .

٦- السلوك العدوانى المنتشر ، والذى يبدأ فى سن مبكرة ، ويستمر (خاصة إذا توافر السلوك العدوانى فى العائلة) يعزز تكرار العنف .

٧- إذا شعر القائم على التقييم بالخوف .. فإن ذلك قد يشير إلى الخطورة .

٨- السلوك النكوصى الطفولى أثناء وبعد العدوان يشير إلى الخطورة .

٩- الخيال السادى يشير إلى الخطورة .

جرائم العنف

الأنواع :

- القتل العمد مع سبق الإصرار والترصد .
- القتل غير العمد دون سبق إصرار وترصد (القتل الخطأ) .
- قتل الأطفال أو قتل طفل يقل عمره عن سنة واحدة بواسطة أمه .
- القتل ويتضمن الثلاثة أنواع الأولى .

الانتشار :

الجانى : نسبة الرجال إلى النساء ١١ : ١ .

المجنى عليهم : نسبة الرجال إلى النساء ١ : ٢ .

٧٥٪ من المجنى عليهم يكونون على علاقة سابقة بالجانى .

٥٠٪ من المجنى عليهم يكونون إما من الأقارب أو فى علاقة عاطفية مع الجانى .

٣٠٪ من المجنى عليهم يقتلون أنفسهم بعد اقتراف القتل (خاصة النساء) .

٥٠٪ من الجرائم تتضمن تناولاً للخمر .

٥٠٪ من جناة القتل يتميزون بعدم السواء العقلى – خاصة اضطرابات الشخصية الشديدة .

أقل من ١٪ يعاودون القتل .

وبالتالى .. فإن الصورة الشائعة فى ارتكاب جرائم القتل تتكون من زوج نزق وعدوانى يحتسى الخمر ، مع وجود جو عائلى متوتر .

أما جناة القتل الساديون فيصفون كالتالى : غالبا ، عمره أقل من ٣٥ سنة ، متبلد المشاعر متحفظ ، ذو خيال غنى بصور الفاشية والسحر الأسود وصور الجنس السادية .

وقد قام الدكتور الخولى بمتابعة ودراسة ٢٩٧٦ مريضاً متهماً محولاً للمناظرة النفسية إلى مستشفى العباسية والخانكة للأمراض العقلية فى الفترة ما بين ١٩٤١ – ١٩٥٣ ، حيث وجد أن ٤٦٢ منهم فقط لم يكونوا مصابين بأى اضطراب عقلى . أما تشخيصات الـ ٢٥١٤ مريض الباقية (ومنهم ١١٦ من النساء) فكانت كالتالى ، كما سبق شرحها :

٩,٣ ٪ شلل الجنون العام .

٥, ٪ خرف شيخوخة .

١,٦١ ٪ خرف تصلب الشرايين .

١,١٨ ٪ شلل رعاش ما بعد التهاب الدماغ .

١٨,١٤ ٪ ذهان البلاجرا .

٠,٣٧ ٪ ذهان غير مميز .

٨,٧٩ ٪ ذهان الكحول والحشيش .

١٦,٤ ٪ ذهان المرح الاكتئابى .

٢٦,٧٥ ٪ فصام .

١,٤٩ ٪ اضطرابات بارانويدية .

٣,٦٥ ٪ ذهان صرعى .

٠,٠٥ ٪ انشقاق هستيرى .

٠,٩٣ ٪ اضطرابات نفسمرضية .

١٨,٣٩ ٪ تخلف عقلى .

وفى عام ١٩٧٥ قام عكاشة وصادق بدراسة نفس ـ اجتماعية لتسعين من القتلة المصريين ٦٠ منهم فى السجن و٣٠ فى مستشفيات الأمراض العقلية الحكومية ، وقارنوهم بثلاثين شخص متناسبين من حيث السن والجنس ... إلخ ، وقد قامت الدراسة بتناول معدل الجريمة والجنس والعمل والحالة الاجتماعية والارتقاء المبكر والواقعية والاضطرابات الجنسية المصاحبة والإدمان ومعدل التوزيع بين الريف والحضر .

وقد قامت الدراسة بوصف تفصيلى للتقييم النفسى السريرى والتشخيص

الأساسى لكل حالة من حالات السجون والمستشفيات العقلية ، كما تناولت الفروق الإحصائية بين مجموعتى القتلة والمجموعة الضابطة ، من حيث : معدل الذكاء والأداء على اختبار العدوان اليدوى والاختبارات الاسقاطية .

وقد تم عمل رسم مخ كهربائى لستة وسبعين من القتلة ، محل الدراسة ، ٤٦ من السجون و٣٠ من مستشفيات الأمراض العقلية ، و(٣٠ شخص من العينة الضابطة) ، ووجد أن اضطرابات رسم المخ الكهربائى كانت موجودة فى ٤٤,٤٨٪ من مجموعة السجن ، و٥٧٪ من مجموعة المستشفيات العقلية .

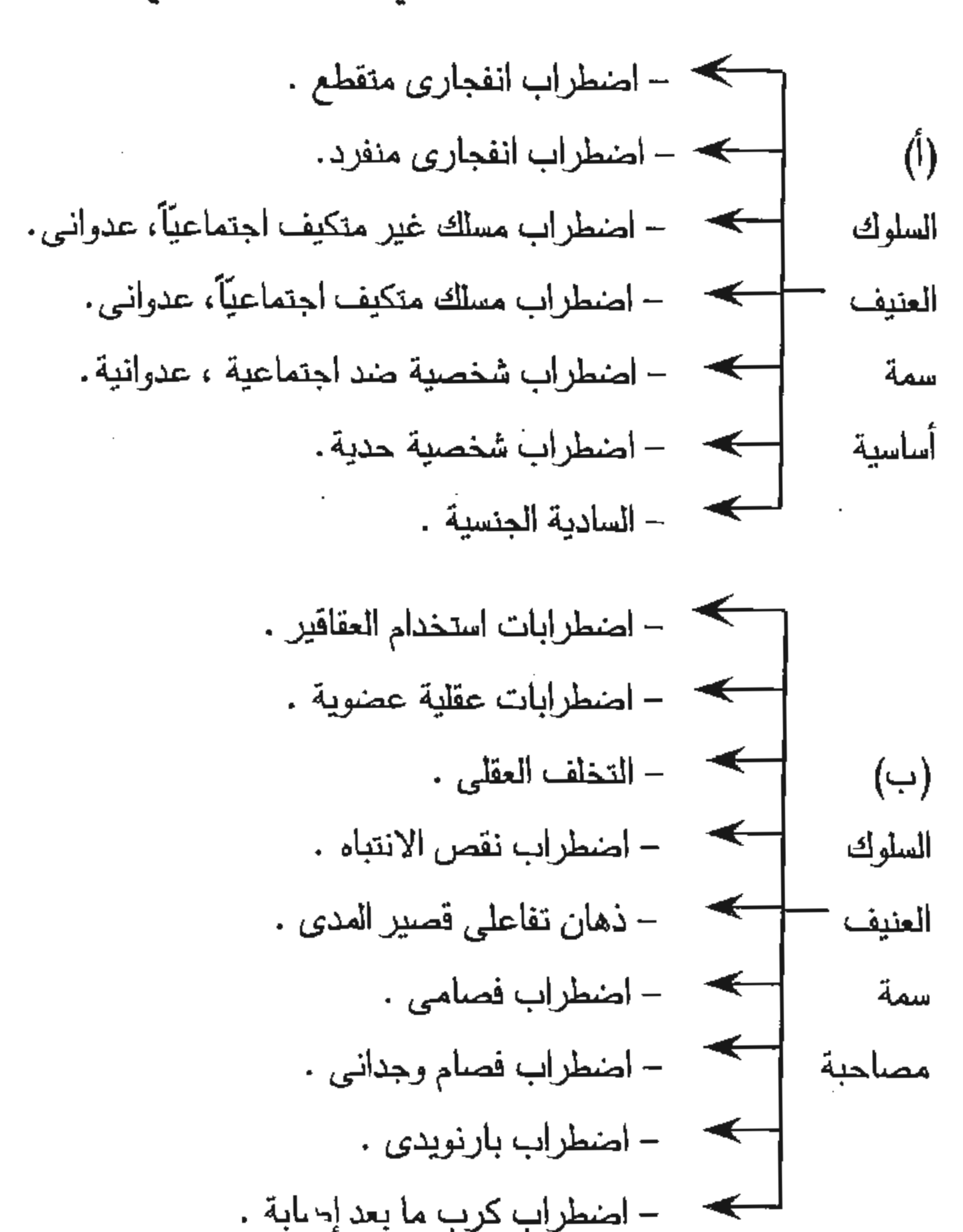
وكان من أهم الملاحظات تلك الخاصة بارتفاع نسبة رسم المخ المضطرب مايتجاوز ٧٠٪ بين المساجين الذين قاموا بجرائم تفتقد إلى الواقعية أو ذات دوافع ضعيفة ، وقد عكس الذهانيون فى الدراسة أعلى نسبة لاضطرابات رسم المخ الكهربائى (٦٠٪) ، ثم الذفسمرضيون (٣٣٪) وهو ما يختلف بدرجة ما عن دراسات سابقة . وقامت الدراسة نفسها بتفسير وتقييم العلاقة بين حالات المرضى التشخيصية، وشكل الاضطرابات فى رسم المخ الكهربائى فى كل من مجموعة السجن ومجموعة المستشفيات العقلية .

جدول (١٥ – ١) : الاضطرابات العقلية العضوية المصاحبة بسلوك عدوانى .

العامـــل المســبب	زمـلات المخ العضويـة
١ – محدثة بمواد :	
الكحول	تسمم، تسمم ذاتي، هذيان الانسحاب، هلوسية، ذرف.
باربيتوريت منومات/ مهدئات	تسمم، هذيان، انسحاب .
أمفيتامين	تسمم ، هذيان، اضطراب ضلالي .
كوكايين	تسمم ، هذيان، اضطراب ضلالي .
فينسكليدين	تسمم ، هذيان، اضطراب عقلي مختلط .
الهيدروكربونات (مثل الصمغ)	هلاوسية ، اضطراب ضلالي ، تسمم ، هذيان .
مضادات الكولين	تسمم ، هذيان .
عقاقير أخري (مثل الستيرويد)	تسمم ، هذيان ، اضطراب ضلالي ، اضطراب شخصية ، اضطراب وجداني .
٢ – اضطرابات الجهاز العصبى المركزى:	
– إصابات بالمخ	هذيان .
– التهابات دماغية (مثال : التهاب دماغي)	خرف .
– أورام المخ	زملة الشخصية العضوية .
– اضطرابات وعائية دماغية	زملة الضلالة العضوية .
– اضطرابات تحللية (مرض ألزهيمر)	زملة وجدانية عضوية .
– مرض ولسن	هلاوسية .
– التصلب المتناثر	زملة عضوية مختلطة أو أخري .
– استسقاء الدماغ طبيعي الضغط	

العـامــــل المســبب	زمــلات المــخ العضـويــة
٣- اضطرابات جهازية تصيب الجهاز العصبى المركزى :	
- اضطرابات أيضية (مثل نقص السكر في الدم)	
- أمراض الغدد الصماء (مثل كشنج)	
- نقص الفيتامينات (مثل ب١٢)	
- خمجات جهازية	
- الذئبة الحمراء	
- البورفيريا	
- السموم الصناعية (مثل الرصاص)	
٤- اضطرابات صرعية :	
نوبات تحدث أثناء نوبة الصرع	- تشنجات معقدة جزئية .
نوبات تحدث بعد نوبة الصرع	- مرضية دماغية بعد تشنج ، هذيان ، صرع الفص الصدغي ، اضطراب الشخصية .
زملة الفص الحدي	- عسر التحكم النوابي ، اضطراب انفجاري متقطع .

الشخصيات المصاحبة بسلوك عنيف، تبعاً للدليل التشخيص والإحصائي الرابع الأمريكي



(جـ) السلوك العنيف سمة غير غالبة:

- ذهان نمطى .
- اكتئاب جسيم .
- اضطراب عسر المزاج .
- اضطراب المزاج الدورى .
- اكتئاب لانمطى .
- اضطراب شخصية بارانويدية .
- اضطراب شخصية هستيرية .
- اضطراب شخصية شبفصامية .
- اضطراب شخصية فصامية الطبع .
- شرود نفسى المنشأ .
- اضطراب توافق مع اختلال فى المسلك .

التشخيص الفارق للسلوك العنيف

سلوك عنيف وعدوانى كسمة
سريرية بارزة

أسباب عضوية معروفة أو مرجحة من التاريخ أو الصورة السريرية ← نعم ← اضطرابات عقلية عضوية : تسمم بمواد، اضطراب شخصية عضوية .. إلخ .

↓ لا

سمات ذهانية (هلاوس ، ضلالات) . سلوك شاذ ← نعم ← اضطرابات ذهانية: اضطراب فصامى، اضطراب فصام وجدانى.. إلخ .

↓ لا

مزاج مكتئب ، نزق أو منبسط ← نعم ← اضطرابات وجدانية: اضطراب ثنائى القطب، اضطراب المزاج الدورى... إلخ .

↓ لا

سمات شخصية غير مرنة وغير متوافقة ← نعم ← اضطراب شخصية ضد اجتماعية، حدية، بارانويدية، فصامية الطابع.

↓ لا

انحراف متكرر مع سمات ضد اجتماعية ← نعم ← اضطراب المسلك: غير متكيف اجتماعيا ، متكيف اجتماعيا وعدوانى ، عدوانى.

↓ لا

عدم انتباه واندفاعية غير ملائمة ارتقائياً ← نعم ← اضطراب نقص الانتباه : مع فرط الحركة ، دون فرط الحركة.

↓ لا

نوبات من الاعتداء أو ← نعم ← اضطرابات التحكم فى الاندفاع :

التـدميـر مـقلقلة للأنا دون محفز
↓ لا
تغيـر مـفـاجئ وعـابر فى درجة الوعى والهوية ← نـعـم ← اضطراب انشـقـاقي: شـرود نفـسى المنشأ ، تعدد الشخصيات.
↓ لا
حدث ذو وطأة تليه أعراض تكرار معايشة الحدث ← نـعـم ← اضطراب كرب ما بعد صدمة: حاد، مزمن ، أو متأخر.
↓ لا
استجابة غير متوافقة لكرب نفسى اجتماعى ← نـعـم ← اضطراب توافق: مع اضطراب فى المسلك ، مع سمات انفعالية مختلطة.
↓ لا
لايوجد دليل على مرضية نفسية ← نـعـم ← سلوك ضد اجتماعى.

اضطراب انفـجـارى مـتـقطع، اضطراب انفجارى منفرد.

التدخل الدوائى فى العلاج الطارئ لمرضى العنف

	حقنة بالعضل (وحدة الجرعة) *	نطاق الجرعة اليومية	أعراض جانبية ومضاعفات
١- أدويـــة منـشطة لـلجـــهـــاز العصبي			
(أ) عالية القوة:			
هالوبريدول (مجم / مل)	٢,٥ – ١٠ مجم **	١٥ – ٦٠ مجم	أعراض الجهاز خارج الهرمي دوخة ، أعراض ضد كولينية ، انخفاض ضغط الدم، ألام في موضع الحقنة .
كلوبكسول أكيوفاز (٢مجم/مل)	١٠٠ مجم	١٦ – ٦٠ مجم	
فلوفينازين (٢,٥مجم/ مل)	٥ مجم	٢٠ – ٦٠ مجم	
(ب) منخفضة القوة :			
كلوربرومشازين (٢٥مجم/ مل)	٢٥ – ١٠٠ مجم	١٠٠ – ٤٠٠ مجم	مضاعفات نادرة : الزملة الخبيثة مع استعمال العقاقير. الجامود المحدث بعقار ، تسمم سلوكي.
فلوبرومازين (٢٥مجم/ مل)	٢٥ مجم	٢٥ – ٢٠٠ مجم	
٢- أدوية مضادة للقلق: ڤاليوم أو دورميكم	٥ – ١٠ مجم بالفم / بالعضل *** / بالوريد	٥ – ٤٠ مجم	دوخة ، مزيد من تأثير مثبطات الجهاز العصبي المركزي .

(*) تعطي عادة كل ٣٠ – ٦٠ دقيقة.
(**) قد يكون الامتصاص عن طريق حقن العضل بطيئًا وغير كامل .
(***) تستخدم حقن الوريد فى حالات العنف المتزايد .

	حقنة بالعضل (وحدة الجرعة) *	نطاق الجرعة اليومية	أعراض جانبية ومضاعفات
كلورديازيبكسيد (١٠٠مجم/ مل)	٥٠مجم بالفم / بالعضل	٢٠٠ – ٥٠٠ مجم	تثبيط التنفس، زيادة في العدوانية (التأثير المتناقض)
٣- المهدئات والمنومات : اميتال الصوديوم	٢,٥ أو ٥٪ محلول في الوريد *** ١سم / كل دقيقة	١٥٠ – ٢٠٠ مجم	يزيد من تأثير مثبطات الجهاز العصبي المركزي ، تثبيط التنفس ، هياج ، انقباض في الشعب والقصبة الهوائية .

الاغتصاب : Rape

التعريف :

هو الجماع الجنسى مع امرأة دون موافقتها ، مع معرفة الرجل بعدم موافقة المرأة ، أو عدم اكتراثه بموافقتها .

التقسيم :

١- **غرض عدواني** : العدوان الجنسى تدميرى وسادى بالأساس .

٢- **غرض جنسي** : عدوان بهدف الوصول إلى الجماع الجنسى ، ويكون جزءاً من الانغماس المفرط فى إمتاع الذات .

٣- **غرض انفجارى** : تعبير انفجارى عن الرغبة الجنسية فى رجل مفرط التحكم فى ذاته ، وقد يكون لهذا النوع من الاغتصاب صفة قهرية .

٤- **غرض عدواني وجنسي** : حيث تكون مقاومة وإهانة المرأة المعتدى عليها لها أبعاد ضرورية للإشباع الجنسى للرجل .

معدل الانتشار :

غالبا ما يكون عمر مرتكبى الاغتصاب أقل من ٣٥ سنة ، غير متزوجين ، ولهم تاريخ فى ممارسة الجرائم غير الجنسية ، وعادة لايكونون مضطربين عقليا .

ويزيد معدل الاغتصاب فى شهور الصيف ، خاصة فى النصف الأول من الليل وفى إجازات نهاية الأسبوع ، و٣٠٪ من الضحايا من الجيران أو المعارف ، و٢٠ ٪ من الضحايا لهم سجل إجرامى .

المآل :

٨٠٪ من المغتصبين يحكم عليهم بالسجن ، و٨٥٪ من المغتصبين العدوانيين يقترفون جرائم غير جنسية فيما بعد ، و٢٪ يعاودون الاعتداء الجنسى ، ٢٨ ٪ من المغتصبين غير العدوانيين يقترفون جرائم غير جنسية فيما بعد ، و٣٪ يعاودون الاعتداء الجنسى .

إشـعـال الحريـق : Arson

التعريف :

هو إلحاق الضرر أو تدمير الآخرين بواسطة الحريق ، دون وجود عذر قانونى للقيام بذلك .

التقسيم :

١- **دافعية اجتماعية** : لاتوجد اضطرابات ذهانية ، ويكون الدافع إما للحصول على تأمين أو للانتقام أو لأسباب سياسية ، أو للتغطية على جريمة أخرى أو للانتحار ، أو نتيجة للشعور بالملل أو للرغبة فى لفت الأنظار .

٢- **دافعية ذهانية** : الفصام كاستجابة لهلاوس سمعية .

الاكتئاب نتيجة لضلالة مرضية .

عقار أو كحول تؤدى إلى ذهان محدث .

٣- **دون دافع (هوس إشعال الحرائق)** ، وهنا يكون الاهتمام الأساسى بالنيران ذاتها ؛ حيث ترتبط رؤية النيران بالإثارة الجنسية والرغبة فى الظهور بمظهر الأبطال وتفريغ التوتر .

معدل الانتشار :

تمثل ٠,١ ٪ من الجرائم (١/٣ معدل جرائم القتل أو الاغتصاب) – أعلى نسبة عن سن ١٧ لدى الرجال و٤٥ لدى النساء ، ٨٥٪ من الجناة من الرجال . ارتفاع نسبة التخلف العقلى (حوالى ٥٠ ٪) وتعاطى الكحول بين الجناة .

المآل :

يتكرر هذا الاعتداء إذا :

١- كان هناك تاريخ سابق من إشعال النيران .

٢- كان هناك ذهان ، أو تخلف عقلى ، أو خرف .

٣- كان يصاحب متعة أو إثارة جنسية .

٤- كان إشعال الحرائق مرتبطاً برغبة مسيطرة على الجانى لإشعال الحرائق ، من أجل تخفيف التوتر .

الحاق الأذي الجسدي بالأطفال : Child Battering

التعريف :

زملة الطفل المعرض للأذى هو اصطلاح أدخله «كيمب» فى عام ١٩٦٢ ، والمقصود به هو قتل الطفل أو ممارسة العنف الجسمى نحوه ، أو سوء استخدامه المستمر ، أو إهماله الشديد من قبل القائمين على العناية به .

التفسير :

١- للتخلص من طفل غير مرغوب فيه .

٢- القتل شفقة بطفل عاجز .

٣- فى حالات الذهان نتيجة للضلالات .

٤- تفريغاً لغضب موجه لآخر غير الطفل ، وإسقاطه على الطفل .

٥- غضب ينبع من داخل علاقة الطفل بأهله .

معدل الانتشار :

٥,٪ من الأطفال تحت سن ثلاث سنوات/ سنويا وهى نسبة أقل من الواقع؛ نظراً لعدم تسجيل كل الحالات . واحد من كل ١٠٠٠ طفل تحت سن ٤ سنوات يصاب إصابات بالغة سنوياً من كل من إنجلترا وويلز . معدل الوفاة ١٠ ٪ فى عامين . كما يصاب ٢٥ ٪ من الأطفال المصابين بإصابات ذهانية دائمة ، ٢ - ٤ ٪ من الأطفال يقطنون مستشفيات للمتخلفين عقلياً . يتكرر الاعتداء فى ٦٠ ٪ من الحالات ، ويصيب ١٩ ٪ من الأخوة . الأطفال المرضى ومنخفضو الوزن أكثر عرضة من غيرهم لهذا الاعتداء .

الحالات التى يرتاب فيها فى حدوث اعتداء :

(أ) الطفل :

وجود كدمات أو حروق أو تقيحات متباينة المدة ، كسور متعددة أو كسر واحد فى طفل أقل من سنتين ، تجمع دموى تحت الجافية ، إصابة فى الشبكية، انفجار فى الأحشاء الباطنية أو أى إصابة غريبة ، عدم القدرة على النمو دون أسباب معروفة ، نظرة حذر ثلجية عند النظر للآباء - اهتمام معكوس (حيث يبدى الطفل اهتماماً بالغاً بذويه) .

(ب) الأهل :

عـدم الإبلاغ عن الإصـابات ؛ حيث لايقـوم الآباء بذلك طواعـيـة ، قـصص متناقضة عن حدوث الإصابة ، تعامل آلي مع الطفل ، غياب الدفء والثقة .

سمات مصاحبة :

(أ) في الطفل :

طفل غير شرعي ، انفصال مبكر عن الأهل .

(ب) في الوالدين :

طبقة اجتماعية متدنية ، زواج مبكر أو الأم غير متزوجة أو الأب غائب ، الأم متخلفة عقلياً ، تكون الأم ذهانية في أحيان نادرة جدا ٣٪ ، الأب له سجل إجرامي أو يعاني من اضطراب في الشخصية ، العائلة معزولة اجتماعيا ، كان للأهل خبرة مشابهة مع ذويهم من قبل .

الوقاية :

١- رفع مستوى الوعي بالمشكلة في عيادات الأطفال والممارس العام ... إلخ .

٢- تحسين الاتصال بين جهات الخدمة المختلفة ، وتسهيل الوصول إليها طلباً للمساعدة .

٣- توفير إمكانية للتدخل الطارئ السريع ، على سبيل المثال : توفير مكان آمن للأطفال .

٤- وجود سجلات محلية للحالات المهيئة للخطر .

٥- علاج عائلي مساند لتصحيح التوقعات غير الواقعية المنتظرة من الطفل وتحسين مستوى التفاهم بين الزوجين .

جرائم مرتبطة بالعنف

١- سرقة المحال : Shoplifting

التقسيم (جيبجنز ١٩٧١) :

- في سن الشباب ، مغترب ، منعزل اجتماعياً ، انتهازى ، لايشعر بالذنب.
- في متوسط العمر ، اكتئاب وشكاوى جسمية صغيرة ، قد تمثل السرقة مرحلة بادرة من الاكتئاب .

معدل الانتشار :

- فى عام ١٩٧١ : الأغلبية من النساء ، ٩٠٪ لايعاودون السرقة ، ١٥٪ يعانون من اضطراب نفسى .
- حديثا : زيادة بين الشباب (١٠ – ١٨ سنة) ، انخفاض معدل الاضطراب النفسى (٥٪) وقد يعتبره البعض إضافة مقبولة للتسوق .

٢- الاستعراء : Exhibitionism

التعريف :

الإظهار المتعمد للأعضاء التناسلية ، ويقوم به ذكر راشد فى وجود امرأة غير راغبة فى ذلك ، دون أن يكون مقدمة للجماع الجنسى ، وتكون التهمة الجنائية هى استعراض غير لائق ، أو فعل فاضح فى الطريق العام .

التقسيم (رووث **١٩٧١**) :

النوع الأول :

يمثل ٨٠٪ من الحالات ، رجل شاب منفلت ، وغير ناضج عاطفيًا ، يصارع الاندفاع ، وعادة ما تكون الأعضاء التناسلية فى حالة ارتخاء . يشعر الشخص بالذنب بعد ذلك ومآل الحالة حسن .

النوع الثانى :

يمثل ٢٠٪ من الحالات ، شخصية ضد اجتماعية ، الأعضاء التناسلية منتصبة، وعادة ما يصاحب الاستعراء ممارسة العادة السرية ويصاحبها إحساس سادى بالمتعة، ولايوجد شعور بالذنب المآل سيئ .

معدل الانتشار :

هى أكثر الاعتداءات الجنسية شيوعاً ، السن الغالبة من ١٥ – ٢٥ سنة ، وقد تضاعف معدل حدوث الجريمة فى الشباب أقل من ٢٥ سنة فى السنوات الأخيرة، ٧٥٪ أقل من ٤٠ سنة ، ٥٪ متخلفون عقليا أو ذهانيون .

عوامل مسببة :

١– سمات فى الشخصية : غير ناضجة ، سلبية وسواسة .

٢– الاستمتاع بالمخاطرة .

٣– سلوك انشقاقى استجابة لكرب أو اكتئاب .

٤– رد فعل الضحية (من خوف أو اشمئزاز) قد يزيد من السلوك .

٥– الأداء الجنسى ضعيف فى العادة (عنّة أو قذف مبكر) ، وزيادة فى ممارسة العادة السرية .

٦– علاقة متأرجحة قوية مع الأم وعلاقة بعيدة وفقيرة مع الأب .

الضحايا : مجهولون بالنسبة للفاعل ، فتيات قبل سن البلوغ ، يستقبلن الاستعراء باعتباره شيئاً مزعجاً أكثر منه خطيراً . وعادة ما يكون رد الفعل العائلى أسوأ من رد فعل الضحية ؛ مما يؤدى إلى زيادة اضطراب الضحية ، ولاتتميز الضحية بنمط شخصية معين .

العلاج :

١– عادة ما يكون الظهور فى المحكمة فى حد ذاته كافياً للردع .

٢– ينصح بالعلاج النفسى إذا تكرر الاستعراء .

٣– علاج سلوكى منفر .

٤– علاج جمعى مع استعرائيين آخرين .

٥– استعمال الكيبروتيرون (مضادات هرمون الذكورة) قد يساعد على التحكم فى الاندفاع .

المآل : ٨٠٪ يمارسون الفعل مرة واحدة .

مؤشرات المآل السيئ :

١- النوع الثانى .

٢- الاستعراء أمام الأطفال أقل من ١٠ سنوات .

٣- تاريخ من الاعتداءات الأخرى .

٤- محاولة التلامس الجسدى مع الضحية .

٥- بداية متأخرة مصاحبة بذهان أو أذى بالمخ .

مؤشرات المآل الحسن :

١- النوع الأول .

٢- سجل عمل منتظم .

٣- جنسية غيرية .

٤- زوجة متفهمة ومتعاطفة .

٣- اضطراب الولع بالأطفال : Paedophilia

التعريف :

الانجذاب الجنسى نحو الأطفال .

التقسيم :

غيرى الجنسية : الفتيات من سن ٦ - ١٠ سنة .

مثلى الجنسية : الفتيان من سن ١٢ - ١٥ سنة .

غير مميز : الأطفال من سن ٦ - ١١ سنة .

معدل الانتشار :

- ٥٠ ٪ يكونون من الأقارب أو الأصدقاء .

- ٧٠ ٪ من الأطفال يتجاوبون بفاعلية .

- الكحول عامل مساعد فى كثير من الحالات .

- فى إنجلترا تحدث ٤ جرائم قتل جنسية سنويا يكون ضحيتها الأطفال .

- غير معروف إحصائيا فى مصر .

وينقسم الجناة إلى ثلاث مجموعات مميزة :

١- مراهقين غير ناضجين .

٢- رجال فى منتصف العمر يعانون من مشاكل زوجية .

٣- رجال مسنين منعزلين اجتماعيا .

٤- جماع المحارم : Incest

هناك ثلاث أنواع مميزة من الآباء الذين يجامعون المحارم :

١- الأب الذى يقتصر كافة نشاطاته الجنسية الاجتماعية على إطار العائلة، وتكون رغبته الجنسية موجهة نحو شخص لايجوز له .

٢- الأب المحب للأطفال جنسيا ، وبالتالى ينجذب نحو بناته .

٣- الأب المنحرف الذى يتجاهل المحرمات الجنسية كجزء من انغماسه العام فى الملذات المحرمة .

٥- تبدل الثياب الجنسي : Transvestism

التعريف :

هو اضطراب فى السلوك الدال على الدور الجنسى ؛ بمعنى ارتداء مـلابس الجنسى الآخر ، وهو ليس اضطرابا فى صميم الهوية الجنسية وهو ليس جريمة فى حد ذاته ، وإن كان يمكن أن يتهم باعتباره سلوكاً يؤدى إلى الإخلال بالآداب العامة أو بسرقة الملابس الداخلية للنساء .

معدل الانتشار :

حوالى ٣٠,٠٠٠ حالة فى إنجلترا ، ولاتوجد إحصائية خاصة بمصر .

التقسيم :

* ٥٠ ٪ متزوجون .

* ٣٥ ٪ من الرجـال يعـانون من الجنسـيـة المثليـة (أغلب النسـاء يعـانون من الجنسية المثلية) .

* ١٥ ٪ يرتدون ملابس الجنس الآخر بصفة دائمة .

* أكثر انتشارا فى الطبقات الاجتماعية ٢ و٣ .

الصورة السريرية :

يظهر عادة قبل سن ١٠ سنوات ، وقد تصاحبه اهتمامات أخرى مماثلة لاهتمامات الجنسى الآخر ، وقد يستخدم الرجل الملابس النسائية كأداة فيتيشية لممارسة العادة السرية ..

الرجال المتقدمون فى السن عادة ما ينتمون إلى نواد خاصة بهم ، ويتصرفون اجتماعيًا وكأنهم نساء .

٦- التحول الجنسي :

التعريف :

اضطراب فى صميم الهوية الجنسية ، وغالبا ما يكون الرجل كامل الرجولة من الناحية البيولوجية مقتنعاً اقتناعاً تاماً بأنه امرأة . ولايعتبر ذلك جريمة فى حد ذاته ، وإن كان يمكن أن يتهم بخرف الآداب العامة .

الصورة السريرية :

قد سبق الحالة مرحلة من تبدل الثياب الفتيشى قبل تحول الاتجاه نحو التحول الجنسى والجنسية المثلية . ويبدأ الاقتناع بخطأ الجنسى البيولوجى عادة قبل سن الثامنة . سجل العمل ضعيف فى أغلب الحالات ، مع صعوبة فى تكوين علاقات ، وانخفاض فى الدافع الجنسى .

العلاج :

العلاج فى العادة صعب للغاية . وقد تفيد الجراحة والعلاج الهرمونى بهرمونات الجنس الآخر فى تحويل المظهر الجنسى الخارجى وتحسين التوافق الاجتماعى . ويجب أن يكون الشخص قادراً على ممارسة الحياة ، كفرد من الجنس الآخر ، لمدة عامين قبل إجراء الجراحة .

الصرع والجريمة :

تزداد نسبة الصرع بين المسجونين (حوالى ٧ فى كل ١٠٠٠) .

أسباب محتملة :

١- اضطراب المخ العضوى يؤدى إلى كل من الصرع والسلوك الإجرامى.

٢- يؤدى الصرع إلى النبذ الاجتماعى ، ومن ثم إلى السلوك الإجرامى .

٣- العوامل الاجتماعية السيئة تؤدى إلى كل من الصرع والسلوك الإجرامى.

٤- الميل نحو السلوك ضد الاجتماعى يؤدى إلى جرائم وحوادث ، يترتب عليها صرع ما بعد الإصابة (تعاطى قد يرسب سلوكاً إجراميًا) .

٦- نادراً ما تتم الجريمة أثناء نوبة الصرع .

ولاتشير الأبحاث الدقيقة إلى وجود علامات شاذة فى رسم مخ جناة القتل، بنسبة تزيد عن المجموعات الضابطة .

فقدان الذاكرة والجريمة :

قد يكون فقدان الذاكرة مصاحباً للجريمة ؛ نتيجة لأى من التالى :

١- كحول أو عقاقير .

٢- إصابة بالرأس .

٣- صرع (نادرا) .

٤- انشقاق هستيرى (شائع) .

٥- تمارض .

كتابة تقارير المحكمة

الهيكل العام للتقرير :

- اسم وعنوان وسن المتهم .
- التهمة .
- تاريخ ومكان المقابلة .
- المصادر الأخرى للمعلومات (مذكرات ، أطباء آخرون، أقارب... إلخ) .
- وصف مختصر للتاريخ الشخصي .
- التاريخ العائلي ذو الدلالة بالنسبة للحالة .
- تقرير مختصر عن ظروف الاعتداء ووجود أى اضطرابات نفسية ذات دلالة ، مصادر التوتر ... إلخ .
- علامات إيجابية عند المقابلة بما فيها تقييم لشخصية المتهم .
- أى علامات إيجابية أخرى ورسم مخ ، اختبارات نفسية ... إلخ .

الرأى : تفيد كل المعلومات السابقة كأساس تفسيرى للرأى النهائى . ويجب أن يتضمن الرأى لمحات حول أهلية المتهم للمحاكمة ومسئوليته عن الجريمة . والظروف المؤثرة على الجريمة ، ومآل الاضطراب النفسى إن وجد .

التوصيات : بالعلاج واستمرار الملاحظة ، إذا كان ذلك ملائماً .

اسم الطبيب النفسى ومؤهلاته وعنوانه المهنى .

ويجب أن يكون التقرير دقيقاً ومحدداً بالحالة ، وخالياً من تفاصيل لا حاجة لها.

الدفاع النفسى :

* غير آهل للمحاكمة ، أى يجب أن يكون المتهم :

١- غير قادر على فهم الاتهام أو دلالة الاتهام .

أو ٢- غير قادر على مناقشة المحكمة .

أو ٣- غير قادر على محاكمة الدفاع .

أو ٤- غير قادر على استجواب الشهود .

أو ٥- غير قادر على متابعة المحكمة .

ويكون الحكم «غير مذنب بسبب الجنون» ؛ أى إنه يعانى من اضطراب فى المنطق ، أو مرض فى العقل جعله غير قادر على تمييز الخطأ من الصواب .

تخفيف المسئولية :

تستخدم فقط إذا كانت التهمة هى القتل العمد مع سبق الإصرار والترصد. وإذا استخدمت هذه القاعدة، تحول التهمة إلى قتل خطأ دون سبق إصرار وترصد ، ويكون الحكم تبعاً لاعتبارات القاضى ، ويكون الدفاع النفسى بأن الشخص يعانى من شذوذ فى العقل ، يخل بمسئوليته العقلية عن أفعاله .

«شذوذ أو عاهة العقل» هو حالة عقلية ، تختلف عن حالة الشخص العادى ؛ بحيث إن أى شخص منطق يعتبرها حالة شاذة ، ويتضمن ذلك اضطراب الشخصية الشديد والتسمم الشديد ... إلخ .

الاحتمالات عند النطق بالحكم :

١- يتخذ القانون مجراه الطبيعى .. سجن ، اعتقال .. إلخ .

٢- إطلاق سراح المتهم بشروط أو دون شروط ، مع توصية بالعلاج النفسى.

٣- إطلاق سراح المتهم تحت الملاحظة ، على أن يتحمل طبيب نفسى متابعة حالة المريض ، سواء داخلياً أو خارجياً .

٤- الحجز بإحدى مستشفيات الأمراض العقلية .

٥- يودع الجناة أقل من ١٧ سنة فى رعاية السلطات المحلية .

المسئولية الجنائية :

السن :

* الأطفال أقل من ١٠ سنوات يعتبرون غير قادرين على سبق الإصرار والتعمد .

* الأطفال بين ١٠ - ١٣ سنة قادرون على سبق الإصرار والتعمد ؛ إذا كانوا قادرين على تمييز الخير من الشر .

* الأطفال فى سن ١٤ سنة وما بعده يعتبرون كاملى الأهلية لتحمل المسئولية .

التعمد :

تستدعى بعض الاعتداءات توفر النية الجنائية ، بالإضافة إلى الفعل الجنائى ، مثل: القتل مع سبق الإصرار والترصد ، وإشعال الحريق والاغتصاب ، والاعتداء غير اللائق ، والاعتداء الذى يترتب عليه أذى جسمى غير مقصود .

عوامل إشكالية :

١- تعدد النوايا .

٢- النوايا اللاشعورية .

٣- تبدل النوايا أثناء اقتراف الجريمة .

٤- توتر أو كرب أو انفعال شديد .

٥- فقدان ذاكرة بما فيها تلك المحدثة بكحول .

٦- نوايا غريبة عن التهم (كتلك التى تصادفها فى حالات السلبية الفصامية) .

التسمم الذاتى :

السكر المعتاد ليس دفاعاً ضد الجريمة ، ولكن لايعتبر الشخص قد اقترف جريمة تستدعى التعمد السابق عليها ، إذا كان على درجة من السكر تحول دون تقرير هذا التعمد ، ومع ذلك يمكن اتهامه فى جريمة لاتحتاج إلى دليل على وجود التعمد .

معالجة الشخص المختل عقليًا حين يكون مصدراً للخطر :

على المستوى السياسى النفسى :

لقد تفاقمت هذه المشكلة مع بدء سياسة الباب المفتوح فى قانون الصحة العقلية، بمعنى أنه :

١- يجب أن توفر المستشفيات العقلية إمكانات آمنة على مستوى المنطقة أو القطاع .

٢- يجب تحسين الظروف المعيشية داخل السجون ، بالنسبة للمضطربين عقليا . ويستدعى ذلك تغيير السياسة القائلة بأن وظيفة السجون هى العقاب ، وأن وظيفة المستشفيات هى العلاج . وقد وجد أن من ٢٠ - ٤٠ ٪ من المسجونين مضطربون عقليا (٢ ٪ ذهان ، ١١ ٪ إدمان كحول وعقاقير ، ١٤ ٪ تخلف عقلى) ، كما أن معدل الانتحار بينهم يساوى ثلاثة أضعاف معدله بين المجموع العام.

وفى المجتمعات الغربية يتناسب عدد المسجونين تناسباً عكسيًا مع عدد المرضى النزلاء بالمستشفيات العقلية .

٣- لابد من المناشدة بتوفير المستشفيات المتخصصة .

وللأسف .. فإن هذه المستشفيات باهظة التكاليف، ثم أنها تواجه صعوبة فى إخراج المرضى منها؛ لأنهم يرفضون من قبل المستشفيات الأخرى ، التى تشكل جزءاً من الخدمات الصحية ، وتقع تحت السلطة المباشرة لوزارة الصحة .

على مستوى المكان والتجهيزات والخبرة :

(أ) شروط هندسية :

١- بناء محكم وآمن .

٢- سهولة فى استخدام الإنذار .

٣- توافر أماكن لممارسة الرياضة ووسائل للتعبير عن الغضب ... إلخ .

(ب) سياسات للعاملين :

١- وضع سياسة واضحة لمقاومة العنف ، يكون كل العاملين على وعى بها .

٢- تدريب كاف للعاملين على التعامل مع السلوك العنيف .

٣- توفير عدد كاف من العاملين فى وحدات المرضى مصدر الخطر ، بمعدل ١ : ١ .

٤- قبول العاملين لتحمل مسئولية التعامل مع العنف .

٥- وسائل اتصال جيدة بين العاملين .

٦- توفر إمكانة للاستدعاء السريع لمزيد من العاملين والأطباء .

كيفية التعامل مع حالة الخطر :

١- إطلاق الإنذار .

٢- مساعدة أى ضحايا واستبعاد أى أسلحة ، قد تكون موجودة فى المكان .

٣- تحديد التشخيص (إدمان كحول ، ذهان) .

٤- الاحتفاظ بالهدوء واستبعاد النقد .

٥- تجنب القوة كلما كان ذلك ممكنا ، واستخدام أقل قدر ممكن منها عند الضرورة .

٦- محاولة تهدئة المريض بواسطة الكلام وبالاستماع إليه ، والموافقة على شكواه ، وطمأنته ، ويقوم بذلك أكثر العاملين كفاءة أو أكثرهم احتراماً وحيازة لثقة المريض .

٧- إذا لزم الأمر استخدام القوة .. فلابد أن نتأكد من وجود عدد كاف من العاملين .

٨- إذا احتجنا لتهدئة المريض بواسطة الحقن فى العضل أو الوريد ، يجب أن يتم ذلك بحرص شديد .

٩- يجب كتابة تقرير واف عن الحالة ، ومناقشتها فى القسم فيما بعد .

العلاج طويل المدى :

العلاج النفسى :

(أ) توفير مكان يمكن للمريض الاتصال به فى أوقات الكرب .

(ب) مراعاة كرامة المريض ، وتقديره لذاته وعدم إهانته .

(جـ) البحث فى خيالات العنف التى تراود المريض فى الظروف العادية .

(د) توفير المعلومات للمريض بشأن المشاعر الكامنة وراء العنف .

(هـ) اتباع أساليب سلوكية واستشارية ؛ لمساعدة المريض على تجنب المواقف ذات الكرب .

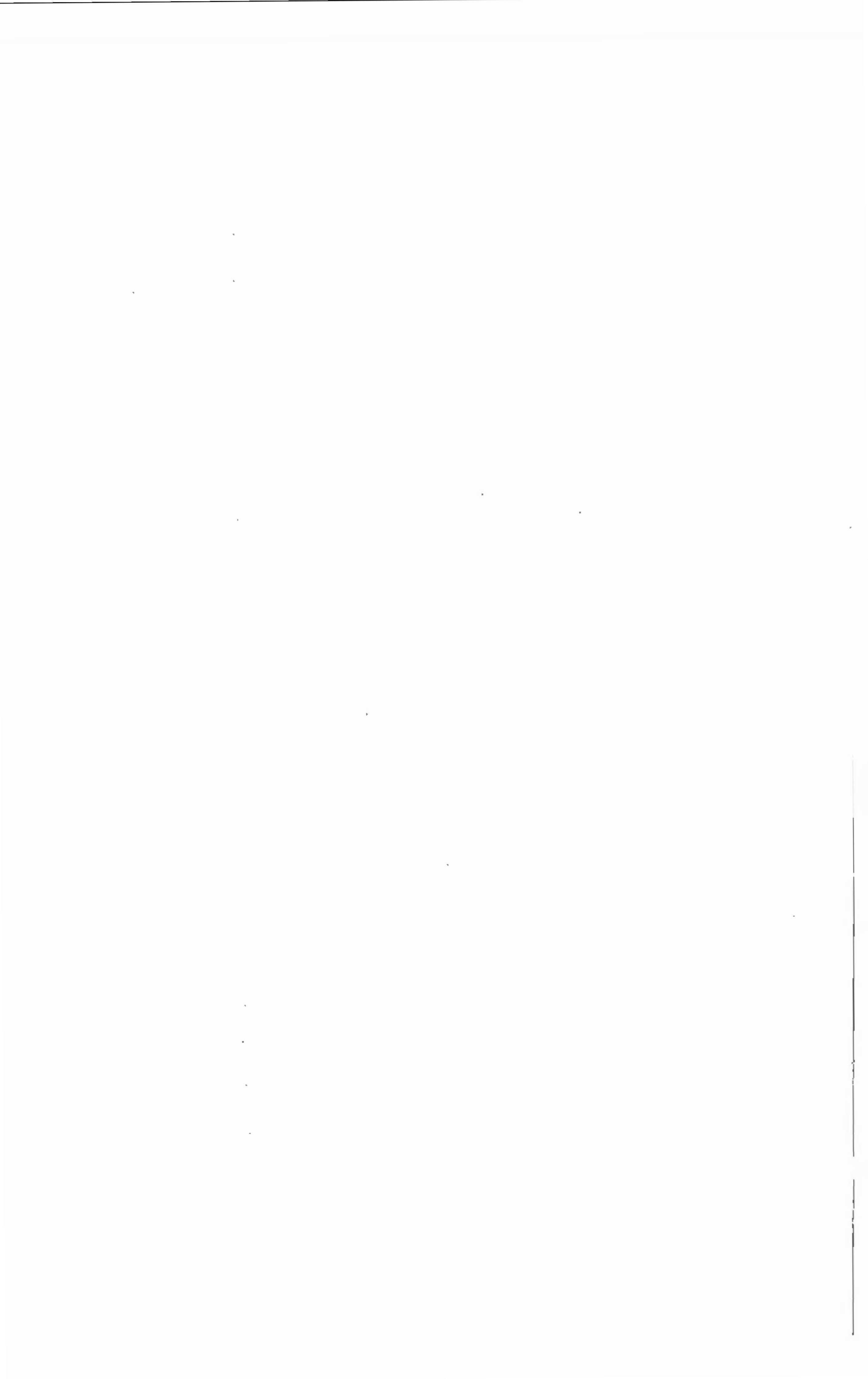
علاج بالعقاقير :

١- الليثيوم ، البيوتيروفينون ، مضادات الصرع ، مثل : التجريتول ، مثبطات البيتا الأدرينالية مثل الإندرال ، وكلها عقاقير يقال إن لها أثراً فى علاج العنف .

٢- تجنب البنزوديازيبينات ؛ حيث إنها قد تؤدى إلى الانفلات ، ومن ثم إلى العنف .

١٧

الملاحق



ملحق (١) : القوانين المتعلقة بالطب النفسى

* «قانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ (مكافحة المخدرات)» .

«قرار وزير العدل رقم ٢٦٣٣ لسنة ١٩٩١م بإنشاء وتنظيم مصحات علاج الإدمان والتعاطى» .

ملحق (٢) : مذكرة إيضاحية لمشروع قانون علاج وحجز المصابين بأمراض عقلية .

* القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤م بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية ، ونص مشروع القانون الجديد .. رعاية المريض النفسى والذى وافق عليه مجلس الشعب فى مايو ٢٠٠٩ .

* القانون الحالى رقم ٧٣ لسنة ٢٠٠٩ «قانون رعاية المريض النفسى» .

* قانون رقم ١٩٨ لسنة ١٩٥٦م بتنظيم مهنة العلاج النفسى .

ملحق (٣) : قسم الطبيب النفسى .

ملحق (٤) : ميثاق شرف للأطباء النفسيين .

ملحق (١)

مكافحة المخدرات

قانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩

بتعديل بعض أحكام القرار بقانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ ، فى شأن مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها .

باسم الشعب

رئيس الجمهورية

قرر مجلس الشعب القانون الآتى نصه ، وقد أصدرناه :

(المادة الأولى)

يستبدل بنصوص المواد ٣٣ و٣٤ و٣٥ و٣٦ و٣٧ و٣٨ و٣٩ و٤٠ و٤١ و٤٢ فقرة أولى ، و٤٣ و٤٤ و٤٥ و٥٠ من القرار بقانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ ، فى شأن مكافحة المخدرات استعمالها والاتجار فيها .

النصوص الآتية :

مادة ٣٣ – يعاقب بالإعدام وبغرامة لاتقل عن مائة ألف جنيه ولاتجاوز خمسمائة ألف جنيه :

(أ) كل من صدر أو جلب جوهراً مخدراً ، قبل الحصول على الترخيص المنوه عليه فى المادة (٣) .

(ب) كل من أنتج أو استخرج أو فصل أو صنع جوهراً مخدراً ، وكان ذلك بقصد الاتجار .

(جـ) كل من زرع نباتاً من النباتات الواردة فى الجدول رقم (٥) ، أو صدره أو جلبه أو حازه وأحرزه أو اشتراه أو باعه أو سلمه أو نقله .. أياً كان طور نموه ، وكذلك بذوره ، وكان ذلك بقصد الاتجار فيه بأية صورة ، وذلك فى غير الأحوال المصرح بها قانوناً .

(د) كل من قام ولو فى الخارج بتأليف عصابة ، أو إدارتها أو التداخل فى إدارتها أو فى تنظيمها أو الانضمام إليها أو الاشتراك فيها ، وكان من أغراضها الاتجار فى

الجواهر المخدرة أو تقديمها للتعاطى ، أو ارتكاب أى من الجرائم المنصوص عليها فى هذه المادة داخل البلاد .

وتقضى المحكمة فضلاً عن العقوبتين المقررتين للجرائم ، المنوه عليها فى هذه المادة ، بالتعويض الجمركى المقرر قانوناً .

مادة ٣٤ – يعاقب بالإعدام أو الأشغال الشاقة المؤبدة ، وبغرامة لاتقل عن مائة ألف جنيه ، ولاتتجاوز خمسمائة ألف جنيه :

(أ) كل من حاز أو أحرز أو اشترى أو باع أو سلم أو نقل أو قدم للتعاطى جوهراً مخدراً ، وكان ذلك بقصد الاتجار أو أتجر فيه بأية صورة ، وذلك فى غير الأحوال المصرح بها قانوناً .

(ب) كل من رخص له فى حيازة جوهر مخدر لاستعماله فى غرض معين ، وتصرف فيه بأية صورة فى غير هذا الفرض .

(جـ) كل من أدار وهيأ مكاناً لتعاطى الجواهر المخدرة بمقابل .

تكون عقوبة الجرائم المنصوص عليها فى هذه المادة الإعدام ، والغرامة التى لاتقل عن مائة ألف جنيه ، ولاتتجاوز خمسمائة ألف جنيه فى الأحوال الآتية :

(١) إذا استخدم الجانى فى ارتكاب إحدى هذه الجرائم من لم يبلغ من العمر إحدى وعشرين سنة ميلادية ، أو استخدم أحداً من أصوله أو من فروعه أو زوجة أو أحداً ممن يتولى تربيتهم أو ملاحظتهم ، أو ممن له سلطة فعلية عليهم فى رقابتهم أو توجيههم .

(٢) إذا كان الجانى من الموظفين أو المستخدمين العموميين ، المكلفين بتنفيذ أحكام هذا القانون أو المنوط بهم مكافحة المخدرات ، أو الرقابة على تداولها أو حيازتها، أو كان ممن لهم اتصال بها بأى وجه .

(٣) إذا استغل الجانى فى ارتكابها أو تسهل السلطة المخولة له بمقتضى وظيفته أو عمله أو الحصانة المقررة له ؛ طبقاً للدستور أو القانون .

(٤) إذا وقعت الجريمة فى إحدى دور العبادة أو دور التعليم ومرافقها الخدمية ، أو النوادى أو الحدائق العامة أو أماكن العلاج أو المؤسسات الاجتماعية أو العقابية أو المعسكرات أو السجون ، أو بالجوار المباشر لهذه الأماكن .

(٥) إذا قدم الجانى الجوهر المخدر أو سلمه أو باعه إلى من لم يبلغ من العمر إحدى وعشرين سنة ميلادية ، أو دفعه إلى تعاطيه بأية وسيلة من وسائل الاكراه أو الغش أو الترغيب أو الإغراء أو التسهيل .

(٦) إذا كان الجوهر المخدر محل الجريمة من الكوكايين أو الهيروين ، أو أى من المواد الواردة فى القسم الأول من الجدول رقم (١) المرفق .

(٧) إذا كان الجانى قد سبق الحكم عليه فى جناية من الجنايات ، المنصوص عليها فى هذه المادة أو المادة السابقة .

مادة ٣٥ – يعاقب بالأشغال الشاقة المؤبدة وبغرامة لاتقل عن خمسين ألف جنيه ولاتتجاوز مائتى ألف جنيه .

(أ) كل من أدار مكاناً أو هيأه لغير لتعاطى الجواهر المخدرة بغير مقابل .

(ب) كل من سهل أو قدم للتعاطى ، بغير مقابل ، جوهراً مخدراً فى غير الأحوال المصرح بها قانوناً .

مادة ٣٦ – استثناء من أحكام المادة ١٧ من قانون العقوبات لايجوز فى تطبيق المواد السابقة والمادة ٣٨ النزول عن العقوبة التالية مباشرة للعقوبة المقررة للجريمة .

فإذا كانت العقوبة التالية هى الأشغال الشاقة المؤقتة أو السجن ، فلايجوز أن تقل المدة المحكوم بها عن ست سنوات .

مادة ٣٧ – يعاقب بالأشغال الشاقة المؤقتة وبغرامة لاتقل عن عشرة آلاف جنيه ولاتتجاوز خمسين ألف جنيه كل من حاز أو أحرزه أو اشترى أو انتج أو استخرج أو فصل أو صنع جوهراً مخدراً أو زرع نباتاً من النباتات الواردة فى الجدول رقم (٥) أو حازه أو اشتراه وكان ذلك بقصد التعاطى أو الاستعمال الشخصى فى غير الأحوال المصرح بها قانوناً ، وللمحكمة أن تأمر فى الحكم الصادر بالإدانة بتنفيذ العقوبات المقضى بها فى السجون الخاصة ، التى تنشأ للمحكوم عليه فى جرائم هذا القانون ، أو فى الأماكن التى تخصص لهم بالمؤسسات العقابية .

ويجوز للمحكمة عند الحكم بالعقوبة فى الجرائم المنصوص عليها فى الفقرة الأولى – بدلاً من تنفيذ هذه العقوبة أن تأمر بإيداع من يثبت إدمانه إحدى المصحات، التى تنشأ لهذا الغرض بقرار من وزير العدل بالاتفاق مع وزراء الصحة والداخلية والشئون الاجتماعية ، ليعالج فيها طبيباً نفسياً واجتماعياً ، ولايجوز أن تقل

مدة المحكوم عليه بالمصحة عن ستة أشهر ، ولا أن تزيد عن ثلاث سنوات أو مدة العقوبة المقضى بها أيهما أقل .

ويكون الإفراج عن المودع بعد شفائه بقرار من اللجنة المخصصة بالإشراف على المودعين بالمصحة ، فإذا تبين عدم جدوى الإيداع ، أو انتهت المدة القصوى المقررة له قبل شفاء المحكوم عليه ، أو خالف المودع الواجبات المفروضية عليه لعلاجه ، أو ارتكب أثناء إيداعه أياً من الجرائم المنصوص عليها فى هذا القانون ، رفعت اللجنة المشار إليها الأمر إلى المحكمة ، عن طريق النيابة العامة بطلب الحكم بإلغاء وقف التنفيذ . لاستيفاء الغرامة وبقية مدة العقوبة المقيدة للحرية المقضى بها ، بعد استنزال المدة التى قضاها المحكوم عليه بالمصحة .

ولايجوز الحكم بالإيداع إذا ارتكب الجانى جناية من الجنايات المنصوص عليها فى الفقرة الأولى من هذه المادة ، بعد سبق الحكم عليه بالعقوبة أو بتدبير الإيداع المشار إليه . وفى هذه الحالة تسرى الأحكام المقررة فى المادة السابقة ، إذا رأت المحكمة وجهاً لتطبيق المادة ١٧ من قانون العقوبات .

مادة ٣٨ – مع عدم الإخلال بأية عقوبة أشد ينص عليها القانون يعاقب بالأشغال الشاقة المؤقتة ، وبغرامة لاتقل عن خمسين ألف جنيه ، ولاتتجاوز مائتى ألف جنيه كل من حاز أو أحرز أو اشترى أو سلم أو نقل أو زرع أو أنتج أو استخرج أو فصل أو صنع جوهراً مخدراً أو نباتاً من النباتات الواردة فى الجدول رقم (٥) ، وكان ذلك بغير قصد الاتجار أو التعاطى أو الاستعمال الشخصى ، وفى غير الأحوال المصرح بها قانوناً .

وتكون العقوبة الأشغال الشاقة المؤبدة والغرامة التى لاتقل عن مائة ألف جنيه ولاتتجاوز خمسمائة ألف جنيه ، إذا كان الجوهر المخدر محل الجريمة من الكوكايين أو الهيروين ، أو أى من المواد الواردة فى القسم الأول من الجدول رقم(١) .

مادة ٣٩ – يعاقب بالحبس مدة لاتقل عن سنة وبغرامة لاتقل عن ألف جنيه ولاتتجاوز ثلاثة آلاف جنيه كل من ضبط فى مكان أعد أو هيئ لتعاطى الجواهر المخدرة أثناء تعاطيها مع علمه بذلك .

وتزاد العقوبة إلى مثلها إذا كان الجوهر المخدر الذى قدم هو الكوكايين أو الهيروين أو أى من المواد الواردة بالقسم الأول من الجدول رقم (١) .

ولايسرى حكم هذه المادة على زوج أو أصول أو فرع أو أخوة من أعد أو هيأ المكان المذكور أو على من يقيم فيه .

مادة ٤٠ – يعاقب بالأشغال الشاقة المؤقتة وبغرامة لاتقل عن عشرة آلاف جنيه ولاتتجاوز عشرين ألف جنيه كل من تعدى على أحد الموظفين أو المستخدمين العموميين القائمين على تنفيذ هذا القانون ، وكان ذلك بسبب هذا التنفيذ أو قاومه بالقوة أو العنف أثناء تأدية وظيفته أو بسببها .

وتكون العقوبة الأشغال الشاقة المؤبدة والغرامة التى لاتقل عن عشرين ألف جنيه ولاتتجاوز خمسين ألف جنيه ، إذا نشأت عن التعدى أو المقاومة عاهة مستديمة يستحيل برؤها . أو كان الجانى يحمل سلاحاً أو كان من رجال السلطة المنوط بهم المحافظة على الأمن ، أو إذا قام الجانى بخطف أو احتجاز أى من القائمين على تنفيذ هذا القانون هو أو زوجه أو أحد من أصوله أو فروعه .

وتكون العقوبة بالإعدام والغرامة التى لاتقل عن خمسين ألف جنيه ، ولاتتجاوز مائة ألف جنيه ، إذا أفضت الأفعال السابقة إلى الموت .

مادة ٤١ – يعاقب بالإعدام وبغرامة لاتقل عن مائة ألف جنيه ولاتتجاوز مائتى ألف جنيه كل من قتل عمداً أحد الموظفين أو المستخدمين العموميين القائمين على تنفيذ هذا القانون أثناء تأدية وظيفته أو بسببها .

مادة ٤٢ – فقرة أولى : مع عدم الإخلال بحقوق الغير الحسن النية يحكم فى جميع الأحوال بمصادرة الجواهر المخدرة والنباتات المضبوطة الواردة بالجدول رقم(٥) وبذورها ، وكذلك الأموال المتحصلة من الجريمة والأدوات ووسائل النقل المضبوطة التى استخدمت فى ارتكابها . كما يحكم بمصادرة الأرض التى زرعت بالنباتات المشار إليها ، إذا كانت هذه الأرض مملوكة للجانى ، أو كانت له بسند غير مسجل ، فإن كان مجرد حائز لها حكم بإنهاء سند حيازته .

مادة ٤٣ – مع عدم الإخلال بأحكام المواد السابقة ، يعاقب بغرامة لاتقل عن ألف جنيه ولاتتجاوز ثلاثة آلاف جنيه كل من رخص له فى الاتجار فى الجواهر المخدرة أو حيازتها ، ولم يمسك الدفاتر المنصوص عليها فى المواد ١٢ و١٨ و٢٤ و٢٦ من هذا القانون ، أو لم يقم بالقيد فيها .

ويعاقب بغرامة لاتقل عن خمسمائة جنيه ولاتتجاوز ألفى جنيه كل من يتولى إدارة صيدلية أو محل مرخص له فى الاتجار فى الجواهر المخدرة ، ولم يقم بإرسال

الكشوف المنصوص عليها فى المادتين ١٣ و٢٣ إلى الجهة الإدارية المختصة فى المواعيد المقررة .

ويعاقب بغرامة لاتقل عن ألفى جنيه ولاتتجاوز عشرة آلاف جنيه كل من حاز أو أحرز من الأشخاص ، المشار إليهم فى الفقرتين السابقتين جواهر مخدرة بكميات تزيد أو تقل عن الكميات الناتجة من تعدد عمليات الوزن ، بشرط ألاتزيد الفروق عن مايأتى :

(أ) ١٠٪ فى الكميات التى لاتزيد عن جرام واحد .

(ب) ٥٪ فى الكميات التى تزيد عن جرام حتى ٢٥ جراماً ، بشرط لايزيد مقدار التسامح عن ٥٠ سنتيجرام .

(جـ) ٢٪ فى الكميات التى تزيد عن ٢٥ جراماً .

(د) ٥٪ فى الجواهر المخدرة السائلة أياً كان مقدارها .

وفى حالة العودة إلى ارتكاب إحدى الجرائم المبينة فى هذه المادة ، تكون العقوبة الحبس ومثلى الغرامة المقررة أو بإحدى هاتين العقوبتين .

مادة ٤٤– يعاقب بالحبس مدة لاتقل عن سنة ولاتتجاوز خمس سنوات بغرامة لاتقل عن ألفى جنيه ولاتتجاوز خمسة آلاف جنيه كل من أنتج أو استخرج أو فصل أو صنع أو جلب أو صدر أو حاز بقصد الاتجار أية مادة من المواد الواردة فى الجدول رقم (٣) وذلك فى غير الأحوال المصرح بها قانوناً . وفى جميع الأحوال يحكم بمصادرة المواد المضبوطة .

مادة ٤٥– يعاقب بالحبس مدة لاتقل عن ثلاثة أشهر ، وبغرامة لاتتجاوز ألفى جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من ارتكب أية مخالفة أخرى لأحكام هذا القانون أو القرارات المنفذة له .

ويحكم بالإغلاق عند مخالفة حكم المادة (٨) .

مادة ٥٠– لمفتشى الصيدلة دخول مخازن ومستودعات الاتجار فى الجواهر المخدرة والصيدليات والمستشفيات والمصحات والمستوصفات والعيادات ومصانع المستحضرات الأقربازينية ومعامل التحاليل الكيميائية والصناعية والمعاهد العلمية المعترف بها ، للتحقق من تنفيذ أحكام هذا القانون ، ولهم الإطلاع على الدفاتر

والأوراق المتعلقة بالجواهر المخدرة ، وتكون لهم صفة رجال الضبط القضائى فيما يتعلق بالجرائم التى تقع بهذه المحال .

ولهم أيضاً مراقبة تنفيذ أحكام هذا القانون فى المصالح الحكومية والهيئات الإقليمية والمحلية .

ولايجوز لغيرهم من مأمورى الضبط القضائى تفتيش المحال الواردة فى الفقرة السابقة ، إلا بحضور أحد مفتشى الصيدلة .

(المادة الثانية)

يضاف إلى القرار بقانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ المشار إليه مواد جديدة بأرقام ٣٤ مكرر و٣٧ مكرر و٣٧مكرر (أ) و٣٧ مكرر (ب) و٣٧مكرر (جـ) و٣٧ مكرر (د) و٤٦ مكرر و٤٦ مكرر (أ) و٤٨ مكرر (أ) و٥٢ مكرر نصوصها الآتية :

مادة ٣٤- مكرر : يعاقب بالإعدام وبغرامة لاتقل عن مائة ألف جنيه ولاتجاوز خمسمائة ألف جنيه كل من دفع غيره بأية وسيلة من وسائل الإكراه أو الغش إلى تعاطى جوهر مخدر من الكوكايين أو الهيروين أو أى من المواد الواردة فى القسم الأول من الجدول رقم (١) .

مادة ٣٧ مكرر : تشكل اللجنة المنصوص عليها فى المادة السابقة فى كل محافظة برئاسة مستشار بمحكمة الاستئناف على الأقل وممثل للنيابة العامة بدرجة رئيس نيابة على الأقل وممثلين لوزارات الصحة والداخلية والدفاع والشئون الاجتماعية .

ويصدر بتشكيل هذه اللجان وتحديد اختصاصاتها ونظام العمل بها قرار من وزير العدل ، وللجنة أن تستعين فى أداء مهمتها بمن ترى الاستعانة به ، كما يجوز أن يضم إلى عضويتها آخرون ، وذلك من وزير العدل .

مادة ٣٧ مكرر (أ) لاتقام الدعوى الجنائية على من يتقدم للجنة المشار إليها فى المادة السابقة من تلقاء نفسه من متعاطى المواد المخدرة للعلاج ، ويبقى فى هذه الحالة تحت العلاج فى المصحات المنصوص عليها فى المادة ٣٧ من هذا القانون، أو فى دور العلاج التى تنشأ لهذا الغرض بقرار من وزير الشئون الاجتماعية والاتفاق مع وزير الصحة ، لتلقى العلاج الطبى والنفسى والاجتماعى إلى أن تقرر هذه اللجنة غير ذلك .

فإذا غادر المريض المصحة أو توقف عن التردد على دور العلاج المشار إليها

قبل صدور قرار اللجنة المذكورة .. يلزم بدفع نفقات العلاج ، ويجوز تحصيلها منه بطريق الحجز الإدارى ، ولاينطبق فى شأنه حكم المادة ٤٥ من هذا القانون .

ولاتسرى أحكام هذه المادة على من كان محرزاً لمادة مخدرة ، ولم يقدمها إلى الجهة المختصة عند دخوله المصحة أو عند تردده على دور العلاج .

مادة ٣٧ مكرر (ب) : لاتقام الدعوى الجنائية على من ثبت إدمانه أو تعاطيه المواد المخدرة ، إذا طلب زوجه أو أحد أصوله أو أحد فروعه إلى اللجنة المنصوص عليها فى المادة ٣٧ مكرر من هذا القانون ، علاجه فى إحدى المصحات أو دور العلاج المنصوص عليها فى المادة ٣٧ مكرر (أ) .

وتفصل اللجنة فى الطلب بعد فحصه وسماع أقوال ذوى الشأن ، ولها أن تطلب إلى النيابة العامة تحقيق هذا الطلب وموافاتها بمذكرة برأيها .

ويكون إيداع المطلوب علاجه فى حالة موافقته إحدى المصحات أو إلزامه بالتردد على دور العلاج بقرار من اللجنة ، فإذا رفض ذلك .. رفعت اللجنة الأمر عن طريق النيابة العامة إلى محكمة الجنايات ، التى يقع فى دائرتها محل إقامته منعقدة فى غرفة المشورة ؛ لتأمر بإيداعه أو بإلزامه بالتردد على العلاج .

ويجوز للجنة فى حالة الضرورة ، وقبل الفصل فى الطلب ، أن تودع المطلوب علاجه تحت الملاحظة لمدة لاتزيد عن أسبوعين لمراقبته طبياً ، وله أن يتظلم من إيداعه بطلب يقدم إلى النيابة العامة أو مدير المكان المودع به .

وعلى النيابة العامة ، خلال ثلاثة أيام من وصول الطلب إليها ، أن ترفعه إلى المحكمة المشار إليها فى هذه المدة لتأمر بما تراه .

وفى جميع الأحوال تطبق بشأن العلاج والانقطاع عنه الأحكام المنصوص عليها فى المادة السابقة .

مادة ٣٧ مكرر (جـ) : تعد جميع البيانات التى تصل إلى علم القائمين بالعمل فى شئون علاج المدمنين أو المتعاطين من الأسرار ، التى يعاقب على إفشائها بالعقوبة المقررة فى المادة ٣١٠ من قانون العقوبات .

مادة ٣٧ مكرر (د) : ينشأ صندوق خاص لمكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى تكون له الشخصية الاعتبارية ، ويصدر بتنظيمه وبتحديد تبعيته وبتمويله وتحديد اختصاصاته قرار من رئيس الجمهورية ، بناء على اقتراح المجلس القومى لمكافحة وعلاج

الإدمان ، ويكون من بين اختصاصاته إنشاء مصحات ودور علاج للمدمنين والمتعاطين للمواد المخدرة وإقامة سجون للمحكوم عليهم فى جرائم المخدرات ، كما تكون من بين موارده الغرامات المقضى بها فى الجرائم المنصوص عليها فى هذا القانون والأموال التى يحكم بمصادرتها .

مادة ٤٦ مكرر : كل من توسط فى ارتكاب إحدى الجنايات المبينة فى هذا القانون ، يعاقب بالعقوبة المقررة لها .

مادة ٤٦ مكرر (أ) : لاتنقضى بمضى المدة الدعوى الجنائية فى الجنايات المنصوص عليها فى هذا القانون ، والتى تقع بعد العمل به ، عدا الجناية المنصوص عليها فى المادة ٣٧ من هذا القانون .

كما لاتسرى على المحكوم عليه فى أى من الجنايات المبينة فى الفقرة السابقة أحكام الإفراج تحت شرط المبينة فى القرار بقانون رقم ٣٩٦ لسنة ١٩٥٦ ، فى شأن تنظيم السجون .

ولاتسقط بمضى المدة ، العقوبة المحكوم بها ، بعد العمل بهذا القانون فى الجنايات المنصوص عليها فى الفقرة الأولى من هذه المادة .

مادة ٤٨ مكرر (أ) : تسرى أحكام المواد ٢٠٨ مكرر (أ) ، (ب) ، (جـ) من قانون الإجراءات الجنائية على الجرائم المنصوص عليها فى المادتين ٣٣ ، ٣٤ من هذا القانون .

مادة ٥٢ مكرر : استثناء من حكم المادة السابقة ، يكون للنائب أو من يفوضه أن يطلب إلى المحكمة المختصة ، إذا مادعت الضرورة إلى ذلك إصدار الأمر باعدام الجواهر المخدرة أو النباتات المضبوطة فى أية حالة ، كانت عليها الدعوى الجنائية أو بعد صدور الحكم فيها .

ويجب أن يشتمل الطلب على بيان دواعيه والإجراءات ، التى اتخذت لحفظ عينات مناسبة من المضبوطات ، وأوصافها هى وأحرازها وكمياتها وأماكن حفظها ونتائج التحليل الخاصة بها ، وتفصل المحكمة فى هذا الطلب منعقدة فى غرفة المشورة ، بعد إعلان ذوى الشأن وسماع أقوالهم .

(المادة الثالثة)

يستبدل بالجدول رقم (١) «المواد المعتبرة مخدرة» الملحق بالقرار قانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ ، المشار إليه فى الجدول رقم (١) المرفق .

(المادة الرابعة)

ينشر هذا القانون فى الجريدة الرسمية ، ويعمل به اعتباراً من اليوم التالى لتاريخ نشره .

يبصم هذا القانون بخاتم الدولة ، وينفذ كقانون من قوانينها .

صدر برئاسة الجمهورية فى ١٧ ذى القعدة سنة ١٤٠٩ (٢١ يونية سنة١٩٨٩)

حسنى مبارك

قرار وزير العدل

رقم ٢٦٣٣ لسنة ١٩٩١

بإنشاء وتنظيم مصحات علاج الإدمان والتعاطي

وزير العدل ...

بعد الإطلاع على قانون تنظيم السجون رقم ٢٩٦ لسنة ١٩٥٦ .

وعلى قانون مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ المعدل بالقانون رقم ١٢١ لسنة ١٩٨٦ .

وعلى قرار رئيس جمهورية مصر العربية رقم ٤٥٠ لسنة ١٩٨٦ بتشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان .

وعلى قرار رئيس جمهورية مصر العربية رقم ٤٦ لسنة ١٩٩١ بتنظيم صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى .

وعلى قرار وزير العدل رقم ١٧٧٤ لسنة ١٩٩١ بشأن لجان الإشراف على مصحات ودور علاج الإدمان والتعاطى .

وعلى اللائحة الداخلية للسجون الصادرة بقرار وزير الداخلية رقم ٧٩ لسنة١٩٦١ .

وبعد موافقة كل من وزراء الصحة والداخلية والشئون الاجتماعية .

قــــــرار

مادة ١ – تنشأ مصحات علاج الإدمان والتعاطى المبينة بالجدول المرفق بهذا القرار ، وتتبع وزارة الصحة ، وتخصص للمدمنين والمتعاطين الذين يتقرر إيداعهم للعلاج تطبيقاً لأحكام قانون مكافحة المخدرات المشار إليه والقرارات المنفذة له .

ويجب أن يكون لكل مصحة مقر مستقل ، ويجوز عند الضرورة أن يكون مقرها قسماً مستقلاً بذاته فى منشأة علاجية تابعة لوزارة الصحة ، معزولاً عن أى نشاط آخر .

مادة ٢ – من مراعاة السياسة العامة التى يقرها المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ومايصدر عنه من توجيهات ، توافر المصحات العلاج الطبى والنفسى والاجتماعى للمدمنين والمتعاطين ، الذين يودعون بها تنفيذاً لحكم أو لأمر من المحكمة المختصة أو لقرار من لجنة الإشراف بالمحافظة .

يخصص مكان معزول فى المصحة للمدمنين المودعين ؛ تطبيقاً لحكم المادة ٣٧ ، من قانون مكافحة المخدرات المشار إليه .

مادة ٣ – تخضع المصحة فى أدائها لمهمتها لإشراف وتوجيه :

(أ) مديرية الشئون الصحية فى المحافظة التى تقع فى دائرتها .

(ب) لجنة الإشراف المختصة بالمحافظة .

مادة ٤ – تلحق وزارة الصحة بكل مصحة عدداً كافياً من العاملين الإداريين والفنيين وغيرهم ، كما تلحق بها عدداً كافياً من ذوى الخبرات والتخصصات فى المجالات الطبية والنفسية والاجتماعية اللازمين لأداء مهمتها .

وتزود الوزارة هذه المصحات بالمعامل الطبية والكيميائية الخاصة بتحليل إفرازات المدمنين والمتعاطين وجميع المعدات والأجهزة والآلات ، وغيرها من الوسائل اللازمة لتحقيق أغراضها .

وتمول النفقات اللازمة لذلك مع نفقات علاج المدمنين والمتعاطين من صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى ؛ طبقاً للأحكام المنصوص عليها فى قرار تنظيمه ، أو من الاعتمادات التى تخصصها الدولة لهذا الغرض .

مادة ٥ – تتولى إدارة المصحة لجنة تشكل بقرار من مدير الشئون الصحية بالمحافظة على النحو الآتى :

– مدير الصحة : رئيساً .

ويختار من الأطباء الأخصائيين ذوى الخبرة فى الأمراض النفسية والعصبية وعلاج الإدمان .

– وكيل النائب العام .

– طبيب أخصائى أمراض باطنية أو علاج السموم .

– أخصائى تحاليل طبية . أعضاء

– أخصائى اجتماعى .

– ممثل إدارة الدفاع الاجتماعى .

– أحد الدعاة من العلماء .

ويضم إلى عضوية اللجنة رئيس هيئة التمريض بالمصحة .

ويختار المحامى العام للنيابة الكلية ، التى تقع المصحة فى دائرتها وكيل النائب العام ، كما يختار مدير المديرية المختص بالمحافظة كلاً من الأعضاء الآخرين .

وللجنة أن تستعين فى أداء مهمتها بمن ترى الاستعانة بهم من الخبراء والفنيين ، ولها أن تدعو أياً منهم إلى اجتماعاتها للاشتراك فى المناقشة ، ولسماع ما تراه من إيضاحات دون أن يكون له صوت معدود .

مادة ٦– تجتمع لجنة إدارة المصحة بدعوى من رئيسها مرة على الأقل كل أسبوعين أو بدعوة من رئيس لجنة الإشراف المختصة ، وتكون اجتماعاتها صحيحة بحضور أغلبية الأعضاء ، وتصدر قراراتها بأغلبية آراء الحاضرين ، وعند التساوى يرجح الجانب الذى منه الرئيس .

وتدون محاضر اجتماعات اللجنة فى سجل خاص ، يعد لهذا الغرض ، وتعتمد هذه المحاضر من رئيس الجلسة .

مادة ٧– لجنة إدارة المصحة هى السلطة المهيمنة على شئونها ، ولها أن تتخذ من القرارات ماتراه لازماً لتحقيق أغراضها وعلى الأخص :

(١) متابعة حسن سير العمل بالمصحة وكفاءة الإمكانات الطبية والفنية والإدارية، وتنفيذ برنامج علاج المدمنين والمتعاطين .

(٢) إصدار اللوائح الداخلية والقرارات التنظيمية اللازمة لحسن سير العمل .

(٣) تقدير الاحتياجات المالية للمصحة ، واعتماد مصاريفها السنوية .

(٤) دراسة تقارير التفتيش الدورى والمفاجئ من الجهات الإشرافية ، وغيرها واتخاذ القرارات اللازمة فى شأنها .

(٥) اعتماد التقارير الدورية التى ترفع إليها من مدير المصحة عن سير علاج المودعين ، والعقبات التى تعترض الشفاء والاقتراحات الكفيلة بإزالتها .

(٦) اعتماد التقارير الخاصة بشفاء المودع أو عدم جدوى علاجه ، وكذلك التقارير التى يتعين عرضها على لجنة الإشراف على المصحات ودور المعالج.

(٧) فحص الشكاوى والتظلمات التى تقدم من المودعين أو ذويهم أو غيرهم من ذوى الشأن ، واتخاذ مايلزم فى شأنها .

مـادة ٨– مـدير المصـحـة هو المنوط به – تحت اشـراف لجنة الإدارة ، تصـريف شئونها فى إطار السياسة الموضوعة لها وتنفيذ القرارات الصادرة عن اللجنة ، وله الرئاسة المباشرة على العاملين بالمصحة والمنتدبين إليها ، وله على الأخص مايأتى :

(١) الإشراف على إنشاء ملف مستقل لكل مودع ، تسجل فيه بياناته الشخصية وماضيه الجنائى والاجتماعى ، وتطورات علاجه ، وترفق بهذا الملف جميع الأوراق والتقارير الخاصة بالمودع .

(٢) الإذن بزيارة المودعين من غير المحكوم عليهم ، مع الإشراف على إثبات زيارات جميع المودعين بالمصحة فى سجل خاص ، يعد لذلك مختوم بخاتم لجنة الإشراف بالمحافظة .

(٣) تطبيق نظام المكافآت والحوافز الذى يقرره مجلس إدارة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى على العاملين بالمصحة والمنتدبين لها ، بما يكفل حسن سير العمل بالمصحة .

(٤) تحديد احتياجات المصحة للنهوض بمهامها وأداء رسالتها ، وإعداد تقرير سنوى يتضمن بيان ما أنفقته المصحة من مصاريف ، وما أنجزته من أعمال وما واجهته من عقبات ، ومايقترحه بشأن حسن تحقيق أهدافها .

(٥) تنفيذ مايصدر عن جهات الإشراف من قرارات وتوجيهات ، وماتكلفه به من مهام ، وماتطلبه من إيضاحات أو تقارير أو غير ذلك .

(٦) طلب اجتماع لجنة الإشراف كلما اقتضى الأمر ذلك .

مادة ٩– لايجوز الإيداع بالمصحة إلا فى الأحوال الآتية :

(أ) بأمر من المحكمة المختصة طبقاً للمادة ٣٧ من قانون مكافحة المخدرات المشار إليه .

(ب) بأمر من المحكمة المختصة وبقرار من لجنة الإشراف على المصحات ودور العلاج فى المحافظة طبقاً للمادتين ٢٧ مكرر (أ) و٣٧ مكرر (ب) من القانون المذكور .

يتم الإيداع بالمصحة بمقتضى أوامر الإيداع ، التى تحررها اللجنة أو النيابة العامة على النماذج التى تعتمدها لجنة الإشراف بالمحافظة .

مادة ١٠ – نفحص حالة المودع طبياً ونفسياً واجتماعياً ، كما يتعين أخذ العينات اللازمة منه للفحص المعملى فور إيداعه المصحة ، مع تحديد المدة اللازمة

لعزله عزلاً كاملاً أثناء فترة انسحاب المخدر من الجسم ، طبقاً للقواعد التى تقررها اللجنة فى شأنه .

مادة ١١ – تفحص المصحة من تحيله إليها لجنة الإشراف قبل إصدار قرار اللجنة فى شأنه .

ولايجوز إيداعه بالمصحة خلال فترة الفحص ، إلا إذا تضمن القرار النص صراحة على ذلك .

وعلى مدير المصحة أن يرفع إلى لجنة الإشراف بالمحافظة خلال المدة التى تحددها تقريراً بنتيجة الفحص ، الذى يجريه ثلاثة من الأطباء الأخصائيين على الأقل ، ويرفق بالتقرير رأى وملاحظات مدير المصحة ، إذ لم يكن قد اشترك فى الفحص .

مادة ١٢ – تشكل لجنة ثلاثية من الأخصائيين على الأقل ، أحدهم فى الأمراض النفسية والعصبية ، والثانى فى الأمراض الباطنية أو علاج السموم ، والثالث أخصائى اجتماعى أو نفسى .

وتتولى هذه اللجنة فحص المودع وإعداد تقرير عن حالته ، من حيث : الشفاء أو عدم جدوى العلاج .

ويعرض مدير المصحة هذا التقرير خلال يومين من إعداده على لجنة الإدارة ؛ لاعتماده ورفعه إلى لجنة الإشراف بالمحافظة ؛ للتصرف فيه طبقاً للقانون .

مادة ١٣ – يخطر مدير المصحة لجنة الإشراف بالمحافظة بمن يحتاج إلى الرعاية اللاحقة من بين من انتهى إيداعهم قانوناً بالمصحة ، وذلك مع التقرير المعتمد من لجنة الإدارة بشأنه ، لتحديد لجنة الإشراف دار العلاج ، التى تتكفل بهذه الرعاية أو الإشراف عليها ، ويحيل المدير المودع إلى هذه الدار ، مع ملف كامل بحالته .

مادة ١٤ – تتولى لجنة الإدارة تحديد نفقات علاج المودع فى الحالات التى يلزم بها قانوناً .

ويشمل تقرير هذه النفقات على الأخص مقابل الفحوص والإقامة والدواء ؛ وفقاً للقواعد التى يصدرها وزير الصحة .

وعلى لجنة الإدارة إخطار لجنة الإشراف المختصة بهذه النفقات ؛ للنظر فى اعتمادها والأمر باتخاذ الإجراءات القانونية اللازمة لتحصيلها .

مادة ١٥ – تجرى المصحة التحاليل الطبية أو المعملية أو غيرها فى الحالات التى تطلب فيها دور العلاج ذلك .

مادة ١٦ – تجرى جميع المراسلات المتعلقة بالمدمنين أو المتعاطين بمقتضى مكاتبات سرية مسجلة موصى عليها ومصحوبة بعلم الوصول ، وبصفة خاصة مايوجه منها إلى أى متهم أو ذويه ، ويحظر بغير إذن من لجنة الإشراف المختصة ، أو بأمر من النيابة العامة أو المحكمة المختصة الاطلاع أو إفشاء أى من المعلومات، أو البيانات التى تتضمنها المكاتبات أو التقارير أو الملفات أو السجلات عن المودعين بالمصحات ، والتى تصل إلى علم القائمين بالعمل فى المصحات بحكم وظائفهم .

ولايجوز نقل سجلات المصحة خارج مقرها إلا فى حالة الضرورة ، وبإذن خاص من الجهات المشار إليها بحسب الأحوال .

ويجب أن تتخذ الاجراءات التأديبية فوراً قبل من يخالف الأحكام السابقة ، ومن يطلعون على هذه الأسرار بحكم وظائفهم ، مع عدم الإخلال بمسئوليتهم الجنائية والمدنية .

مادة ١٧ – توفر وزارة الداخلية لكل مصحة الحراسة الكافية لعزل نزلائها عن المجتمع الخارجى ، فى نطاق القواعد التى تقرها لجنة الإشراف بالمحافظة .

وللنائب العام أو وكلائه دخول هذه المصحات والتفتيش عليها والإطلاع على سجلاتها ومستنداتها ، وغير ذلك مما يقتضيه تحقيق الشكاوى التى تقدم إليها.

وعلى جميع العاملين بالمصحة تقديم كل مساعدة ممكنة للنيابة العامة والقائمين بالحراسة ؛ لتيسير أداء مهمتهم .

مادة ١٨ – يجب على مدير المصلحة وسائر القائمين بالعمل فيها تقديم كل مساعدة ممكنة لمندوبى لجنة الإشراف على المصحة ، والمفتشين المختصين التابعين لوزارات الصحة والعدل والشئون الاجتماعية ، وأن يمكنوهم من إجراء التفتيش الدورى والمفاجئ والإطلاع على سائر الأوراق والدفاتر والسجلات ، والحصول على صور منها ، وأن ييسروا لهم الحصول فوراً على جميع المعلومات التى يطلبونها .

مادة ١٩ – ينشر هذا القرار فى الوقائع المصرية ويعمل به من تاريخ نشره .

صدر فى ١٩٩١/٥/١٦

وزير العدل

المستشار/ فاروق سيف النصر

جدول بيان

مصحات علاج الإدمان والتعاطي

المرفق بقرار وزير العدل رقم لسنة ١٩٩١

(١) محافظة القاهرة :

(أ) مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى حلوان للصحة النفسية .

(ب) مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى العباسية للصحة النفسية .

(٢) محافظة الإسكندرية :

مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى المعمورة للصحة النفسية .

(٣) محافظة القليوبية :

مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى الخانكة للصحة النفسية .

(٤) محافظة الغربية :

مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى طنطا للصحة النفسية .

(٥) محافظة الشرقية :

مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى كفر العزازى للصحة النفسية .

(٦) محافظة الدقهلية :

مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى المنصورة .

(٧) محافظة بنى سويف :

مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى بنى سويف .

(٨) محافظة أسيوط :

مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى الصحة النفسية بأسيوط .

(٩) محافظة سوهاج :

مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى الصحة النفسية بسوهاج .

(١٠) محافظة أسوان :

مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى السد العالى للصحة النفسية .

وزير العدل

تحريراً فى ١٩٩١/٥/١٦ . **المستشار /فاروق سيف النصر**

مذكرة إيضاحية
لمشروع قانون علاج وحجز المصابين بأمراض عقلية

نظم القانون رقم ١٤١ سنة ١٩٤٤ ، بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية ، أحوال .. وإجراءات حجز المصابين بأمراض عقلية ، وجهات الاختصاص فى هذا الشأن ، كما بين الجهات ، التى يتعين أن يتم الحجز فيها ، والاشتراطات الواجب توافرها فى هذه الأماكن ، ووضع عقوبات تتراوح بين الحبس والغرامة أو كلتيهما معاً لمن يخالف أحكامه .

ومع تطور مفهوم الرعاية الصحية والنفسية للمصابين بأمراض عقلية فى المجتمع ، ومايصاحب ذلك من استخدام العقاقير النوعية المستحدثة ؛ مما يسهل إعادة تكييف المريض مع بيئته وتنعكس آثاره على حالته الصحية والاجتماعية والاقتصادية .. أنشأت وزارة الصحة العيادات النفسية الخارجية وأقسام الطب النفسى فى المستشفيات العامة لعلاج المريض فى بيئته ، بدلاً من عزله فى مستشفيات الأمراض العقلية لمدد ، قد تطول وتصعب بعدها إعادة تكييف المريض مع المجتمع ، أو تقبل المجتمع للمريض .

وانطلاقاً من هذا المبدأ .. وضع القانون ضمانات مهمة للمرضى ، وهى إعطاء المريض فرصة العلاج تحت التحفظ لمدة أقصاها شهر ، قبل حجزه فى المستشفى العقلى ، ومايترتب على الحجز من إجراءات قانونية . أما إذا استمرت حالة المريض المتحفظ عليه – على وجه يخل بالأمن العام ، أو يخشى منه على سلامته أو سلامة الغير – وجب حجز المريض .

ونص فى مشروع القانون ، المقترح على إنشاء المجلس العام لمراقبة الأمراض العقلية ، يرأسه وكيل وزارة الصحة ، ويضم أعضاءً يمثلون الهيئات القانونية والطبية والنفسية والاجتماعية ، ويتولى النظر فى شئون المرضى ، المودعين بأمر من السلطات القضائية ، والتفتيش على المستشفيات ، والتصرف فى التظلمات ، والموافقة على الترخيص بإنشاء مستشفيات ، والنظر فى التقارير التى تحال إليه من المجالس المحلية لمراقبة الأمراض العقلية (المادتان : ١ ، ٣) .

كما نص المشروع على إنشاء مجلس محلى فى كل محافظة ، بها مستشفى أو أكثر لعلاج وحجز المصابين بأمراض عقلية ، يرأسه مديرو الشئون الصحية بالمحافظات ، ويضم أعضاء يمثلون الهيئات القانونية والطبية والاجتماعية ، يختص

بالنظر فى حجز المرضى والإفراج عنهم ، وعليه أن يقدم تقريراً سنوياً عن أعماله إلى المجلس العام المشار إليه (المادتان : ٢ ، ٤ من المشروع) .

ولقد خول المشروع طبيب الصحة المحلى اختصاص إحالة المصاب بمرض عقلى ، من شأنه الإخلال بالأمن العام ، أو يخشى منه على سلامة المريض أو الغير - إلى أحد الأماكن المعدة لذلك ، وله أن يستعين برجال الشرطة عند الاقتضاء (م٨) . وعلى مدير المستشفى المتحفظ فيه على المريض ، أن يخطر المجلس المحلى لمراقبة الأمراض العقلية فى مدى ثلاثة أيام من دخول المريض ، على أن يثبت المجلس فى حالته فى موعد أقصاه شهر من تاريخ إدخاله ؛ حيث إذا استمرت حالة المريض على هذا النحو ؛ وجبت إحالته إلى أحد الأماكن المعدة للعلاج وحجز المصابين بأمراض عقلية (م٩) .

كما يكون على مدير المستشفى إخطار مجلس المراقبة المحلى كتابة بحجز المريض ، خلال ثلاثة أيام ، وأن يقدم تقريراً عن حالة المريض خلال سبعة أيام ، تتولاه لجنة ثلاثية من الأطباء ، يشكلها مدير المستشفى : اثنان منهم على الأقل من الأخصائيين فى الطب النفسى ، ويكون بينهم أحد الأطباء العاملين بالمستشفى المحجوز به المريض ، ويتعين على مجلس المراقبة المحلى أن يقرر خلال ثلاثين يوماً من تاريخ حجز المريض ، أو الإفراج عن الشخص المحجوز (م١٠) .

وقرار المجلس المذكور باستمرار الحجز نافذ المفعول لمدة ستة أشهر ، وله قبل انقضاء هذه المدة أن يأمر بعد الحجز لمدة أخرى أقصاها سنة قابلة للتجديد ؛ بناء على تقرير من مدير المستشفى عن حالة المريض ، ولهذا المجلس أن يأمر برفع الحجز ، إذا رأى أن المريض قد استعاد قواه العقلية ، أو أن حالته أصبحت لاتدعو إلى استمرار حجزه (م١١) .

وإذا لم يصدر مجلس المراقبة المحلى قراراً بالموافقة على استمرار الحجز أو امتداده ، يتعين إسقاط الحجز عن الشخص المحجوز والإفراج عنه فوراً (م١٢) ، كذلك .. فإن المشروع قد تضمن تكليف مدير المستشفى المحجوز به المريض أن يبلغ نيابة الأحوال الشخصية المختصة عن حجز المريض فى مدى يومين ؛ لاتخاذ وسائل حفظ أمواله ورعاية مصالحه هو ومن يعولهم (م٢٠) ، على أن المشروع رأى عدم سريان هذه القواعد على المتهمين فى جرائم جنائية المصابين بعاهة عقلية ، أو المشتبه فى حالته العقلية ، إلا فيما يختص بعلاجهم ورعايتهم داخل المستشفيات ..

على أن تسرى فى شأنهم القواعد ، المنصوص عليها فى قانون الإجراءات الجنائية (م٢١) .

وقد نص المشروع فى مادته (٢٢) على عدم جواز إنشاء أو إدارة مستشفى خاص ، إلا بناء على ترخيص من المحافظ المختص ، بعد موافقة مجلس المراقبة المحلى ، ولايمنح الترخيص إلا لطبيب بشرى أو لجمعية أو لمؤسسة اجتماعية ، يلغى فى حالة الوفاة أو حل الجمعية أو المؤسسة (م٢٨) .

كما أجاز فى المادة (٢٥) أن يخصص جناح أو أجنحة فى المستشفيات المعدة لغير الأمراض العقلية لقبول المصابين بأمراض عقلية ، وينطبق على الجناح المذكور الأحكام الواردة بهذا القانون ، كذلك .. فقد تضمن المشروع الإشارة إلى اختصاص وزير الصحة بإصدار اللائحة التنفيذية ، لهذا القانون ، كما فرض عقوبات أشد على مخالفة الأحكام الواردة به .

ومما تجدر الإشارة إليه أن ما استحدثه مشروع القانون المقترح من ضمانات إنما تواكب التقدم العلمى ، وتجئ تدعيماً لحقوق الإنسان وصوناً لحريته وكرامته ؛ مما تقوم عليه فلسفة الدولة . كذلك .. فإنه يتفق مع نظرية الدولة فى تدعيم الحكم المحلى ، وعدم تركيز السلطة بما يتيح لها النهوض بمسئولياتها والتصرف فى شئونها دون حاجة للرجوع إلى الإدارة المركزية ؛ مما ييسر الإجراءات ويحفظ حقوق المواطنين – وأخذاً بهذه الأحكام .. فقد أعد مشروع القانون المرفق للعمل على إصداره .

وزير الدولة للصحة

الوقائع المصرية في ١١ سبتمبر سنة ١٩٤٤ - العدد (١٠٨)

القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤
بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية

نحن فاروق الأول ملك مصر

قرر مجلس الشيوخ ومجلس النواب القانون الآتى نصه، وقد صدقنا عليه وأصدرناه:

مادة١- ينشأ بوزارة الصحة العمومية مجلس مراقبة للأمراض العقلية يختص بالنظر فى حجز المصابين بأمراض عقلية و الإفراج عنهم وفى الترخيص بالمستشفيات المعدة لهم والتفتيش عليها طبقا لأحكام هذا القانون.

مادة ٢- يشكل هذا المجلس على الوجه الآتى :

وكيل وزارة الصحة العمومية للشئون الطبية أو من يقوم مقامه رئيسا.

مدير قسم الأمراض العقلية بوزارة الصحة العمومية أو من يقوم مقامه عضواً.

المحامى العام لد ى المحاكم الأهلية أو رئيس نيابة الاستئناف - الأفاكوتو العمومى الأول لدى المحاكم المختلطة أو أحد رؤساء النيابة (مدة فترة الانتقال) عضواً.

كبير الأطباء الشرعيين أو من يقوم مقامه عضواً.

موظف كبير يندبه وزير الداخلية عضواً.

موظف كبير يندبه وزير الشئون الاجتماعية عضواً.

أستاذ الأمراض العصبية بجامعة فؤاد الأول عضواً.

مندوب من قسم قضايا وزارة الصحة العمومية فى درجة نائب على الأقل عضواً.

أحد كبار أطباء وزارة الصحة العمومية يعينه الوزير عضواً.

كبير أطباء مصلحة السجون أو من يقوم مقامه عضواً.

ويتولى سكرتيرية المجلس من يعينه وزير الصحة العمومية من الموظفين لهذا الغرض.

مادة ٣- ينعقد المجلس في المواعيد التي يحددها أو بناء على طلب الرئيس عند الحاجة ولا يكون انعقاده صحيحا إلا إذا حضره أكثر من نصف الأعضاء من بينهم أحد ممثلي النيابة العمومية وتصدر قراراته بأغلبية أصوات الحاضرين وإذا تساوت الآراء يرجح الرأي الذي في جانبه الرئيس.

وله في سبيل القيام بواجباته أن يطلب من المستشفيات وغيرها من الجهات المختصة كافة الإحصاءات والبيانات التي يرى لزومها.

الباب الثاني

حجز المصابين بأمراض عقلية والإفراج عنهم

مادة ٤- لا يجوز حجز مصاب بمرض في قواه العقلية إذا كان من شأن هذه المرض أن يخل بالأمن أو النظام العام أو يخشى منه على سلامة المريض أو سلامة الغير وذلك طبقا لأحكام هذا القانون.

ولا يكون الحجز إلا في المستشفيات المعدة لذلك سواء أكانت تلك المستشفيات حكومية أم خصوصية مرخصا بها.

ومع ذلك يجوز أن يكون الحجز في منزل بأذن خاص من وزير الصحة العمومية بعد موافقة مجلس المراقبة ويشمل الأذن شروط الحجز ومدته.

مادة ٥- إذا رأى طبيب الصحة أن شخصا مصابا بمرض عقلي في حالة مما نص عليه في المادة السابقة وجب عليه أن يأمر بحجزه بواسطة البوليس.

وللنيابة أو لمأمور الضبطية القضائية من رجال البوليس كذلك إذا علم بمثل هذه الحالة أن يضع المشتبه فيه تحت الحفظ وتعرضه على طبيب الصحة للكشف عليه في مده ٢٤ ساعة على الأكثر من وقت القبض عليه فإذا اتضح للطبيب بعد فحصه أنه غير مريض بمرض عقلي مما نص عليه في المادة السابقة وجب الإفراج عنه فورا.

وإذا قامت شبهة عند الطبيب لدى الكشف أن الشخص في حالة مما نص عليه في تلك المادة دون أن يستطيع القطع برأى في ذلك يأمر بوضعه تحت الملاحظة لمدة

لا تتجاوز ثمانية أيام فى أحد المستشفيات الحكومية غير المستشفيات المعدة للإمراض العقلية على أن يكشف عليه طبيبا كل يوم وفى نهاية مدة الملاحظة يقرر الطبيب أما الإفراج عنه أو حجزه.

وفى جميع الأحوال يحرر الطبيب تقريرا بنتيجة الكشف الذى أجراه ويكون الحجز فى أحدى المستشفيات الحكومية المعدة لذلك إلا إذا رغب ذوو المريض أو من يقوم بشئونه فى إيداعه فى أحد المستشفيات الخصوصية للإمراض العقلية.

مادة ٦– يجوز لطبيب الصحة إيقاف تنفيذ أمر الحجز مؤقتا إذا لم تسمح حالة المريض الصحية بنقله. فإذا تجاوزت مدة إيقاف تنفيذ الأمر عشرين يوما وجب على الطبيب إخطار مجلس المراقبة فورا ليتخذ مايراه فى ذلك.

مادة ٧– فى غير الأحوال المنصوص عليها فى المادة الخامسة لا يقبل المريض فى أحد المستشفيات المعدة للمصابين بأمراض عقلية بقصد حجزه إلا بناء على طلب كتابى من شخص تربطه بالمريض صلة القرابة أو المصاهرة أو ممن يقومون بشئونه مشفوعا بشهادتين من طبيبين من غير الأطباء الملحقين بالمستشفى يكون أحدهما موظفا بالحكومة ،تدلان على إصابة الشخص المطلوب حجزه بمرض عقلى مما نص عليه فى المادة الرابعة، ولا يعمل بشهادة الطبيب إذا كان قد مضى على تاريخها أكثر من عشرة أيام قبل تسليمها لمدير المستشفى أو إذا كانت قد صدرت من طبيب تربطه بصاحب المستشفى أو بمديرها رابطة القرابة أو المصاهرة إلى الدرجة الثالثة.

مادة ٨– يحدد وزير الصحة العمومية بقرار يصدره البيانات التى يجب أن يتضمنها الطلب والشهادتان، وفى حالة عدم استيفاء هذه البيانات يجوز لمدير المستشفى أن يقبل المريض مؤقتا لحين استيفائها لمدة لا تتجاوز أسبوعين.

مادة ٩– على مدير المستشفى أن يخطر مجلس المراقبة كتابة عن حجز أى مريض به فى خلال ثلاثة أيام من حصوله وأن يقدم تقريرا عن حالته فى خلال الأربعة الأيام التالية وبعد بحث حالة المريض يقرر مجلس المراقبة فى مدة ثلاثين يوما على الأكثر من تاريخ الحجز أما الموافقة على الحجز أو الإفراج عن الشخص المحجوز.

مادة ١٠– لا يكون قرار الموافقة على الحجز نافذ المفعول إلا لمدة سنة من تاريخ صدوره ويجوز لمجلس المراقبة قبل انقضاء هذه المدة أن يأمر بامتداد الحجز

لمدة سنة أخرى ثم لمدة سنتين ثم لمدة ثلاث سنوات ثم لمدة خمس سنوات فخمس أخرى وهكذا.

ويكون الأمر بامتداد الحجز بناء على تقرير يقدم للمجلس من مدير المستشفى عن حالة المريض وبيان سير المرض وضرورة استمرار الحجز والعلاج.

وللمجلس فى أى وقت أن يأمر برفع الحجز عن الشخص المحجوز إذا رأى أنه استعاد قواه العقلية أو أن حالته أصبحت لا تدعو إلى استمرار حجزه.

ولمجلس المراقبة فى كل الأحوال أن يختبر المريض أو أن يندب عضوا أو أكثر لهذا الغرض وله كذلك أن يستعين بمن يرى ندبه من الأطباء الأخصائيين للكشف عليه.

مادة ١١– إذا لم يصدر مجلس المراقبة قراراً بالموافقة على الحجز أو بامتداده فى المواعيد المبينة فى المادتين السابقتين يرفع الحجز من تلقاء نفسه عن الشخص المحجوز.

مادة ١٢– إذا هرب المريض المحجوز جاز القبض عليه وإعادة حجزه بالطريق الإدارى فإذا زادت مدة الهرب على ثلاثة أشهر وجب أن يعاد عرض أمره على مجلس المراقبة فى خلال ١٥ يوماً من تاريخ القبض عليه وإذا جاوزت مدة الهرب ستة أشهر أعيدت إجراءات الحجز.

مادة ١٣– لمدير المستشفى أن يأذن من وقت لأخر لأى من مرضاه الهادئين بقضاء النهار كله أو بعضه خارج المستشفى تحت رقابة كافية لأغراض لا تتنافى مع علاجه.

مادة١٤– إذا تم شفاء المريض المحجوز وجب على مدير المستشفى أن يرسل فوراً خطابا موصى عليه إلى من أدخل المريض بالمستشفى أو من يقوم بشئونه أو إلى شخص أخر يعينه المريض نفسه يطلب فيه الحضور لاستلامه فى مدى سبعة أيام، فإذا انقضت هذه المدة ولم يحضر احد أو إذا رفض ذوو المريض استلامه يفرج عنه فوار، وفى هذه الحالة تقوم الحكومة بنفقات ترحيل الفقير المفرج عنه من المستشفيات الحكومية إلى الجهة التى يطلب السفر إليها داخل القطر المصرى.

وفى جمعى الأحوال يخطر المستشفى الجهة الإدارية التى يتبعها المفرج عنه. وإذا أصبح المريض فى حالة غير ما نص عليه فى المدة الرابعة يرفع عنه مدير

المستشفى قيد الحجز وفى هذه الحالة يجور للمريض أو ولية أو لمن يقوم بشئونه أن يطلب إبقاءه بالمستشفى إلى أن يتم شفاؤه.

مادة ١٥– إذا تقدم طلب الإفراج عن المريض المحجوز من شخص تربطه به صلة القرابة أو المصاهرة أو ممن يقوم بشئونه وجب على مدير المستشفى أن يبت فى هذا الطلب فى مدى ثلاثة أيام من تاريخ تقديمه وفى حالة رفض الطلب أو إصرار مقدمه عليه يرفع الأمر فورا إلى مجلس المراقبة من مدير المستشفى بتقرير عن حالة المريض والأسباب التى تبرر عدم الإفراج عنه، وعلى المجلس أن يصدر قراره فى طلب الإفراج عن المريض فى مدة لا تتجاوز عشرين يوما من تاريخ رفع الأمر إليه ولا يقبل طلب آخر بالإفراج عن المريض قبل مضى ثلاثة أشهر من تاريخ صدور قرار المجلس.

مادة ١٦– يجوز لمجلس المراقبة أن يأمر بالإفراج مؤقتا عن الشخص المحجوز للمدة والشروط التى يحددها، وله فى أى وقت أن يلغى هذا الأمر ويأمر بإعادة المريض بالطريق الإدارى إلى المستشفى الذى كان محجوزا فيه أو أى مستشفى آخر للأمراض العقلية.

مادة ١٧– يجوز لمدير لمستشفى أن يخرج المريض بناء على موافقة أحد أقربائه أو من يقوم بشئونه إذا أصيب بمرض جسمانى ينذر بالموت.

مادة ١٨– فى حالة الإفراج عن المريض المحجوز أو وفاته يخطر مدير المستشفى مجلس المراقبة بذلك فى مدى يومين من تاريخ الإفراج أو الوفاة.

مادة ١٩– لا يجوز نقل مريض محجوز من مستشفى إلى آخر إلا بإذن من مجلس المراقبة.

مادة ٢٠– على مدير المستشفى أن يبلغ النيابة عن حجز كل مريض فى مدى يومين من تاريخ دخوله المستشفى ليتخذ الوسائل اللازمة لحفظ أمواله.

مادة ٢١– يجوز أن يقبل فى المستشفيات المعدة للمصابين بأمراض عقلية كل مصاب بمرض عقلى غير ما نص عليه فى المادة الرابعة بناء على طلب كتابى منه كما يجوز قبوله بالمستشفى بناء على طلب كتابى من وليه أو ممن يقوم بشئونه وفى هذه الحالة تذكر فى الطلب البيانات المنصوص عليها فى المادة الثامنة ويجب على مدير المستشفى أن يرفع إلى مجلس المراقبة تقريرا عن حالته فى خلال يومين من قبوله بالمستشفى.

ويكون للمريض حق ترك المستشفى بناء على طلب كتابى منه أو ممن طلب إدخاله. ومع ذلك إذا رأى المستشفى أن حالته العقلية أصبحت مما نص عليه فى المادة الرابعة وجب عليه التحفظ على المريض وإخطار ذويه والبوليس فورا بذلك لاتخاذ إجراءات الحجز المنصوص عليها فى هذا القانون.

الباب الثالث

المحال المعدة لعلاج وايواء المصابين بأمراض عقلية

مادة ٢٢– لا يجوز أنشاء وإدارة مستشفى خصوصى لإيواء أو معالجة المصابين بأمراض عقلية إلا بناء على ترخيص من وزير الصحة العمومية بعد موافقة مجلس المراقبة وهذا الترخيص شخصى لصاحبه ولا يمنح إلا لطبيب مرخص له بممارسة مهنته فى القطر المصرى أو لجمعية خيرية أو لمؤسسة اجتماعية معترف بها وذلك مع عدم الإخلال بالأحكام والاشتراطات المنصوص عليها فى أى قانون أخر.

مادة ٢٣– يحب أن تتوافر فى المستشفى على الدوام الاشتراطات الآتية:

- أن يتولى إدارة المستشفى وعلاج المرضى طبيب أو أكثر من الحاصلين على المؤهلات التى يحددها وزير الصحة العمومية بقرار منه.

أن تكون أمكنة المستشفى صحية حسنة التهوية ومتسعة اتساعا كافيا وموزعة توزيع مناسبا.

أن يجعل لكل من الذكور والإناث جناح خاص وأن يرتب المرضى من كل جنس بحسب أعمارهم وطبيعة مرضهم.

أن يكون المستشفى مزودا بالوسائل الطبية والصحية الكافية وأن يكون له نظام داخلى يلاءم حاجات المرضى وحالاتهم بما فى ذلك العدد الكافى من الأطباء وهيئة التمريض والخدم.

وفى حالة خلو وظيفة الطبيب المعالج من شاغلها فى أحد المستشفيات الخصوصية يحب على صاحب الترخيص إبلاغ الأمر فورا إلى وزير الصحة العمومية بخطاب موصى عليه وأن يقوم فى مدة لا تتجاوز شهراً بشغل الوظيفة بطبيب أخر حائز للمؤهلات المتقدم ذكرها فإذا انقضت مدة الشهر بغير أن تشغل هذه الوظيفة جاز للوزارة أن تعين طبيبا لشغلها على نفقة صاحب الترخيص وذلك بغير إخلال

بالعقوبات المنصوص عليها فى هذا القانون ، وفى جميع الأحوال يجب إلا يخلو المستشفى من طبيب معالج.

وإذا تبين أن المستشفى الخصوصى غير مستوف لأحد الاشتراطات المتقدم ذكرها جاز لوزير الصحة العمومية بعد موافقة مجلس المراقبة أن يأمر بإلغاء الترخيص وغلق المستشفى إداريا.

مادة ٢٤– يجوز أن يخصص فى المستشفيات المعدة لغير الأمراض العقلية مكان قائم بذاته لقبول الأشخاص المصابين بأمراض عقلية وفى هذه الحالة تطبق على المكان المذكور جميع أحكام هذا القانون.

مادة ٢٥– على مدير المستشفى أن يضع فى كل قسم من أقسامه صندوقا للشكاوى التى يقدمها المرضى باسم مجلس المراقبة.

مادة ٢٦– يجب أن يكون لدى مديرى المستشفيات المعدة للمصابين بأمراض عقلية سجل من صورتين يدون فى كل منهما اسم كل مريض ولقبه وسنه وجنسيته والأوصاف المميزة له ومحل إقامته وتاريخ دخوله وخروجه واسم ولقب من طلب إدخاله وصناعته ومحل إقامته وموطنه وأى بيانات أخرى يقررها وزير الصحة العمومية كما يجب أن يحتفظ المستشفى للمدة التى يحددها وزير الصحة العمومية بأوراق العلاج ومستندات وبصورة فوتوغرافية لكل مريض لتكون تحت تصرف مجلس المراقبة.

ولا يجوز الاطلاع على هذه السجلات أو المستندات ولا إعطاء صورة منها إلا بأذن من مجلس المراقبة.

مادة ٢٧– يقوم مجلس المراقبة بالتفتيش على جميع المستشفيات المعدة للمصابين بأمراض عقلية سواء أكانت حكومية أم خصوصية وعلى المحل المخصص للمصابين فى المنازل المأذون بحجزهم فيها طبقا للفقرة الثالثة من المادة الرابعة مرة فى كل سنة على الأقل ويشمل التفتيش تفقد حالة المرضى ووسائل علاجهم ومعاملتهم والاطلاع على أوراق وسجلات المستشفى وعلى محتويات صندوق الشكاوى.

ويكون التفتيش من المجلس بكامل هيئته أو ممن يندبه من أعضائه لهذا الغرض ويوضع تقرير فى كل حالة.

مـادة ٢٨– إذا تبين لمجلس المراقبـة أن شـروط التـرخـيص بالمسـتـشـفى الخصوصى أو الإذن المنصوص عليه فى الفقرة الثالثة من المادة الرابعة قد أصبحت غير كافية أو أن علاج الأشخاص المحجوزين فى المستشفى أو المنزل من شأنه تعريضهم أو تعريض الجمهور للخطر أو إقلاق راحة الجيران جاز له أن يقرر ما يراه لازما من الاشتراطات ويجدد المهلة الواجب تنفيذها فيها ويبلغ ذلك لوزير الصحة العمومية فإذا وافق عليها أصدر القرار اللازم بتكليف صاحب الشأن بتنفيذها.

وفى حالة عدم تنفيذ هذه الاشتراطات يكون لوزير الصحة العمومية أن يأمر بإلغاء الإذن فى الحالة المنصوص عليها فى الفقرة الثالثة من المادة الرابعة أو إلغاء الترخيص إذا كان المستشفى خصوصيا مع غلقه إدرايا.

مادة ٢٩– إذا توفى صاحب الترخيص أو حلت الجمعية أو المؤسسة المرخص لها بإدارة المستشفى جاز لوزير الصحة العمومية بعد موافقة مجلس المراقبة، الأذن للورثة أو القائمين على تصفية الجمعية أو الهيئة بالاستمرار فى إدارة المستشفى لمدة لا تتجاوز سنة بالشروط التى يراها لازمة لذلك.

الباب الرابع

العقوبات

مادة ٣٠– يعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز سنتين وبغرامة لا تزيد على ١٠٠ جنيه أو بأحدى هاتين العقوبتين:

كل طبيب أثبت عمدا فى شهادته ما يخالف للواقع فى شأن الحالة العقلية لشخص ما بقصد حجزه أو الإفراج عنه.

كل من قبض أو حجز أو تسبب عمدا فى حجز أحد الأشخاص بصفته مصابا بأحد الأمراض العقلية فى غير الأمكنة والأحوال المنصوص عليها فى هذا القانون.

مادة ٣١– يعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز شهرين وبغرامة لا تزيد على ثلاثين جنيها أو باحدى هاتين العقوبتين:

كل من مكن شخصا محجوزا طبقا لأحكام هذا القانون من الهرب أو سهل له أو ساعده عليه أو أخفاه بنفسه أو بواسطة غيره مع عمله بذلك.

كل من حال دون إجراء التفتيش المخول لمجلس المراقبة أو لمن يندبه لذلك طبقا لإحكام هذا القانون.

كل من رفض إعطاء معلومات فيما يحتاج إليه المجلس أو مندوبه فى أداء مهمته أو أعطى معلومات كاذبة وهو يعلم بكذبها.

كل من بلغ إحدى الجهات المختصة كذبا مع سوء القصد فى حق شخص بأنه مصاب بمرض عقلى مما نص عليه فى المادة الرابعة.

مادة ٣٢– يعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز سنة وبغرامة لا تزيد على خمسين جنيها أو باحدى هاتين العقوبتين كل من كان مكلفا بحراسة أو تمريض أو علاج شخص مصاب بمرض عقلى وأساء معاملته أو أهمله بطريقة من شأنها أن تحدث له آلاما أو ضررا.

وإذا ترتب على سوء المعاملة مرض أو أصابه بجسم المريض تكون العقوبة الحبس مع الشغل مدة لا تتجاوز ثلاث سنوات.

مادة ٣٣– كل مخالفة أخرى لإحكام هذا القانون يعاقب مرتكبها بالحبس مدة لا تتجاوز سبعة أيام وبغرامة لا تزيد عن مائة قرش صاغ أو باحدى هاتين العقوبتين ويأمر القاضى بإغلاق المستشفى فى حالة مخالفة المادة ٢٢ ويجوز له الحكم بإغلاق المستشفيات الخصوصية فى حالة مخالفة أحكام المواد ٧و ٩و ٢٣ و ٢٨ .

مـادة ٣٤– لا تخل أحكام المواد ٣٠، ٣١، ٣٢، ٣٣ بما يقضى به قانون العقوبات أو أى قانون آخر من عقوبات أشد كما لا تخل بالمحاكمات التأديبية.

الباب الخامس

أحكام عامة

مادة ٣٥– يعتبر مفتشو قسم الأمراض العقلية والموظفون الذين يندبون بقرار من وزير الصحة العمومية من مأمورى الضبطية القضائية فى إثبات الجرائم التى تقع مخالفة لأحكام هذا القانون وللقرارات التى تصدر تنفيذا له ولهم بهذه الصفة الحق فى تفتيش جميع المستشفيات ودخول المحال المخصصة للمصابين فى المنازل المأذون بحجز المصابين بأمراض عقلية فيها ولهم كذلك الحق فى فحص السجلات والأوراق المنصوص عليها فى المادة ٢٦ .

مادة ٣٦– لا تخل أحكام هذا القانون بما تقضى به القوانين واللوائح المعمول بها بشأن المتهمين والمجرمين المعتوهين.

الباب السادس

أحكام مؤقتة

مادة ٣٧– يمنح أصحاب المستشفيات الخصوصية المعدة لمصابين بأمراض عقلية والموجودة فى تاريخ العمل بهذا القانون مهلة مدتها ثلاثة أشهر ابتداء من هذا التاريخ لتقديم طلب الترخيص طبقا لأحكام المادة (٢٢).

مادة ٣٨– المرضى المحجوزين عند صدور هذا القانون بمستشفيات الأمراض العقلية الحكومية يعتبر حجزهم صحيحا من تاريخ إدخالهم وتسرى بشأنهم سائر إحكام هذا القانون.

مادة ٣٩– على وزراء الصحة العمومية والداخلية والعدل والشئون الاجتماعية تنفيذ هذا القانون كل منهم فيما يخصه ويعمل به بعد ثلاثين يوما من تاريخ نشره فى الجريدة الرسمية.

ولوزير الصحة العمومية أن يصدر ما قد يلزم من القرارات لتنفيذه.

نأمر بأن يبصم هذا القانون بخاتم الدولة، وأن ينشر فى الجريدة الرسمية وينفذ كقانون من قوانين الدولة.

صدر بقصر عابدين فى ١٢ رمضان سنة ١٣٦٣ (٣١ أغسطس سنة ١٩٤٤).

فاروق

بأمر حضرة صاحب الجلالة

رئيس مجلس الوزراء/مصطفى النحاس

وزير الصحة العمومية/عبد الواحد الوكيل

وزير العدل/محمد صبرى أبو علم

وزير الشئون الاجتماعية/محمد فؤاد سراج الدين

وزير الداخلية/محمد فؤاد سراج الدين

ماذا حدث لإصدار قانون المريض النفسي (٢٠٠٩)

مر قانون رعاية المريض النفسى قبل موافقة مجلس الشعب بفترات عصيبة و استمرت المناقشات بين كل من الجمعية المصرية للطب النفسى و لجنة الصحة بمجلس الشعب ووزارة الصحة فترة طويلة و سأوجز بعض هذه المناقشات حتى خروج بصورته الحالية التى أتمنى تطبيقها

لا شك أن موافقة مجلس الشعب من حيث المبدأ على قانون لتنظيم علاج المريض النفسى لهو عمل حضارى يتواكب مع التقدم العلمى للطب النفسى، مع توفر العلاجات الحديثة للأمراض النفسية، وتفعيل حقوق المريض النفسى والطبيب النفسى، وحيث أنى أعمل فى هذا الفرع منذ خمسين عاماً أرى أنه من واجبى وبناء على خبرتى أنه أتوجه بمناشدة أعضاء مجلس الشعب بالنظر لبعض النقاط الهامة:

١- يتضح أن المشروع لم يفرق بين الصحة النفسية والمرض النفسى، فتسميته بقانون رعاية الصحة النفسية بدلاً من قانون رعاية المريض النفسى يحتاج لبعض التفسير حيث أن الصحة النفسية تهتم بالاستقرار النفسى والرضا والعطاء وهى موجهة لكل المواطنين ولكن هذا القانون يهتم بتنظيم علاج المريض النفسى، وتنص كل البنود على ذلك ولذا فهذه التسمية بعيدة تماماً عن الغرض من القانون وهو علاج أو رعاية المريض النفسى، بل إن أمانة الصحة النفسية بوزارة الصحة أسم على غير مسمى حيث إنها لا تعمل بالصحة النفسية بل بعلاج المرضى النفسيين. وأهيب بأعضاء مجلس الشعب أن نتبع الثقافة العلمية وتسمية القانون بمحتواه أى قانون رعاية المريض النفسى.

٢- يميل القانون المقدم من الحكومة على إتباع النمط الغربى فى تمكين وتفعيل دور الفرد على حساب الأسرة وهذا يتنافى مع تقاليد وأعراف المجتمع المصرى والذى تلعب فيه الأسرة دوراً أقوى من دور الفرد وقد تأثر هذا القانون بمحتويات حقوق الإنسان فمثلاً ينص قانون حقوق الإنسان على معاملة الجنسية المثلية على إنها أسلوب حياة ولهم كل الحقوق وقد تكون مطالباً عادله ولكنها لا تتواكب مع المجتمع المصرى. ولذا يجب الحرص فى المبالغة فى محاكاة الثقافة الغربية فى حقوق الإنسان، فلا يصح أن ينص القانون على أن المريض النفسى يستطيع الخروج من المستشفى دون موافقة أى أحد بل يجب أن يكون للأسرة دوراً هاماً.

٣- يزعجني في القانون أنه جعل دخول المريض الإلزامي صعباً، وزاد من العبء على الأهالي، مع سهولة خروجه للمجتمع، مما سيجعل الطبيب النفسي يعزف عن إدخال المريض، مما سيجعل الشارع المصري مليئاً بالمرضى الذي لم تسنح لهم الفرصة لدخول المستشفى. وأضرب مثلاً بحادث الهجوم على مواطن أمريكي بسيدنا الحسين وقد ذكر في الجرائد أن المعتدى مريضاً تم خروجه من مستشفى الخانكة منذ أربعة شهور وهذا لتعجل القائمين بالصحة النفسية بخروج المرضى على أنه تم شفائهم ، إنني أنصح بأن تطبيق هذا القانون سيكون صعباً حيث يعزز حقوق المريض النفسي ولكنه يتجاهل حقوق المواطن العادى في المجتمع الذى نسلبه الحماية والأمان اللازم.

٤- يجب التسهيل على أهالي المريض آلية دخول مريضهم المستشفى للعلاج الإلزامي ولاداعي لتعقيد الإجراءات حتى يتسنى العلاج الفوري، وكذلك يجب أن يترك للطبيب النفسي فرصة تقييم الحالة النفسية على أساس إكلينيكي واقعي وليس كلمات رنانة مثل احتمال وجود أذى فوري أو وشيك على سلامته..!!!!! إذ أن هذه الكلمات لا توجد في أي قانون في العالم و لكنها ألفاظ مطاطة تستعمل في حقوق الإنسان، وكل القوانين النفسية في العالم تذكر أن لا يجوز إدخال أي شخص إلزامياً إلا إذا كانت حالته تشكل احتمالا واضحاً لحدوث أذى يؤثر على سلامته أو صحته أو حياته أو الآخرين وأن عدم تطبيق العلاج سيؤدى إلى تدهور في الحالة النفسية.

أهيب بأعضاء مجلس الشعب أن يوافقوا على قانون يمكن تطبيقه في مجتمعنا لأنه قد يصدر القانون، ولكن معوقات تطبيقه قد تجعل معظم المرضى النفسيين الذين يحتاجون للعلاج الإلزامي بعيدين عن أماكن العلاج، وقد يشكلوا خطراً على المجتمع. إن الطبيب النفسي يتحمل مسؤولية علاج المريض النفسي إلزامياً ، وهذه المسؤولية لا يتحملها أي طبيب في أي تخصص، وهي ليست حقوق للطبيب النفسي ولكنها تكليف ومسئولية، وبالرغم من ذلك فالقانون الحالي يغلظ العقوبة على الطبيب النفسي بالحبس أو الغرامة مما سيجعل الكثير من الأطباء يمتنعون عن علاج المريض الإلزامي، بل سيجعل هذه المهنة بمسئوليتها تنّفر الأطباء في التخصص في هذا الفرع علماً بأنه حالياً يوجد طبيب نفسي لكل حوالي ٩٠,٠٠٠ نسمه في مصر وهذا أقل من الحد الأدنى لإعطاء رعاية للمريض النفسي.

وأخيرا إن قانون العقوبات المادة ٦٢ تنص على عدم مسؤولية المريض النفسى وقت اقتراف الجريمة يستعمل ألفاظاً لا تستعمل حالياً فى الطب النفسى مثل بسبب: الجنون أو عاهة فى العقل ويجب تواكب هذا النص فى قانون العقوبات مع قانون علاج المريض النفسى.

أتمنى من السادة أعضاء مجلس الشعب التكرم بأخذ هذه النقاط فى الاعتبار عند مناقشتهم للقانون.

أقر مجلس الشعب أخيراً، قانون رعاية المريض النفسى، وذلك بعد مناقشات عدة بين الجمعية المصرية للطب النفسى ولجنة الصحة والتدخل الشخصى للدكتور فتحى سرور، حيث كان المسمى السابق هو الصحة النفسية، والتى ليس لها علاقة بالمرض النفسى أو بنود القانون التى تشمل تنظيم علاج المريض النفسى.

وتعرف الصحة النفسية بأنها قدرة الفرد على التكيف والصمود لكروب الحياة، والعمل والعطاء بكفاء، وتواكب القدرات مع التطلعات. وأخيراً أن يشعر الفرد بقيمته فى المجتمع ويتضح هنا أن الصحة النفسية لا تدخل فى نطاق الطب النفسى، بل هى حاجة لازمة لكل مواطن، والقانون مختص فقط بالمرض النفسى.

وعسى أن يكون تغيير اسم القانون قدوة لأمانة الصحة النفسية أن تتبع المنهج العلمى وأن تغير اسمها لأمانة رعاية المريض النفسى، حيث إنها غير متخصصة فى رعاية الصحة النفسية لأفراد الشعب، بل يصب اختصاصها فى المريض النفسى بعيداً عن صحة المواطن المصرى. كذلك وافق مجلس الشعب على طلب الجمعية المصرية للطب النفسى، فى التفرقة بين المريض العصابى «النفسى سابقاً»، والذهانى «العقلى سابقاً»، والتى كانت غير مدرجة بالتعريفات المذكورة فى مشروع القانون، وكذلك تمت الموافقة على أن يكون فى روح القانون دور الأسرة فى المجتمع المصرى، حيث كانت مهمشة لمصلحة الفرد، وهو الغالب فى الثقافة الغربية، وأدخلت بعض التعديلات التى تجعل للأسرة دوراً مهماً فى علاج مريضهم النفسى، كذلك تم تعديل دخول اللاإلزامى بحيث يحفظ للمريض كل حقوقه الإنسانية، وكذلك يجعل الطبيب النفسى فى حالة ملزمةومرنة لقرار الدخول اللاإلزامى.

وبناءً على هذا القانون، تغيرت المادة ٦٢ من قانون العقوبات، وألغيت كلمة «جنون» واستبدلت بـ«الاضطراب النفسى والعقلى»، كما كانت عدم المسؤولية الجنائية تنسحب فى قانون العقوبات على فاقد الإدراك، وقد أضاف القانون الحالى لأول مرة

المسؤولية الجزئية لناقص الإدراك، وعلى القاضى أخذ ذلك فى الاعتبار عند إصدار الحكم، وهذا عمل حضارى وإنسانى.

وأستطيع القول إن قانون رعاية المريض النفسى بصيغته النهائية والتى وافق عليها مجلس الشعب، أصبح قانوناً مصرياً يتواكب مع المجتمع والتقاليد، وليس قانوناً مستورداً كما كان مقدما من وزارة الصحة .

وبالنيابة عن الجمعية المصرية للطب النفسى، أتقدم بالشكر للجنة الصحة بمجلس الشعب برئاسة الأستاذ الدكتور حمدى السيد، وكذلك الأستاذ الدكتور فتحى سرور، رئيس مجلس الشعب، لبصماته الأخيرة فى الصياغة النهائية لقانون رعاية المريض النفسى.

المذكرة الإيضاحية لقانون رعاية المريض النفسي (٢٠٠٩)

في عام ١٩٤٤ صدر القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية وفي ذلك الوقت لم يكن قد اكتشف بعد سبل العلاج الناجعة والتي أصبحت متاحة خلال العقود الأربعة الأخيرة ومن ثم كان في حسبان المشرع أن يبقى هؤلاء المرضى في المستشفيات النفسية مدداً طويلة وغير محددة .

وقد تصدى القانون المذكور في معظم مواده لحالات المرضى الذين يتم احتجازهم رغم إرادتهم داخل المستشفيات المرخص لها بذلك ، واقتصر نطاق تطبيق هذا القانون على المستشفيات التي تسمح لهذا النوع من الاحتجاز اللاإرادي تاركاً الأغلبية الأعم من المستشفيات النفسية دون إخضاع لإحكامه ، وبذلك لم يتصدى القانون بصورة مرضية لحالات الدخول الإرادي والتي تشكل معظم حالات الدخول في المستشفيات النفسية مما ترتب عليه عدم إخضاع المرضى لإحكام الحجز الإجباري التي نص عليها هذا القانون وذلك تفادياً للأعباء والالتزامات المقررة في تلك الحالة مما أعطى الفرصة لإجبار المرضى أو ذويهم على التوقيع على طلب الدخول الطوعي للعلاج بالمستشفى دون ما تحرير النماذج اللازمة لإدخاله لا إرادياً .

وقد مال المشرع إلي تغليب مصلحة المجتمع على مصلحة المريض المحجوز إذ لم يحدد مدداً ومواقيت مجددة لحجز هؤلاء المرضى ، ولم يضع آليات لمراجعة قرارات الحجز في مواقيت منتظمة ، كما أعطى هذا القانون لولي الأمر من الأهل سلطة مبالغ فيها لاتخاذ القرارات نيابة عن المريض بما فيها إدخاله إلى المستشفى وإخراجه منها ؛ الأمر الذي أدى إلى نشوء أوضاع يتم فيها استغلال المرضى من قبل ذويهم .

ويلاحظ أن القانون المذكور قد أنشأ مجلساً مركزياً وحيداً لمراقبة حجز المرضى المصابين بأمراض عقلية في كل أنحاء القطر المصري الأمر الذي ألقى أعباءً جسيمة على هذا المجلس خصوصاً مع التزايد المضطر في أعداد المرضى بالمستشفيات النفسية .

وقد ترتب على ما سبق أن عانى المرضى النفسيون من طول فترة احتجازهم بالمستشفيات بسبب تردد ذويهم فى قبولهم بالمجتمع مرة أخرى كما استعمل هذا القانون مصطلحات تجاوزها الزمن فى التعامل مع المرضى النفسيين مثل (القبض – الإفراج) كما لم ينظم هذا القانون أحكاماً تكفل حماية حقوق المرضى ، ولم يتصدى لمواجهة حالات المتهمين المصابين بأمراض نفسية بالنسبة لتحديد مسئوليتهم الجنائية عن التهم المنسوبة إليهم تاركاً الأمر للقوانين الجنائية التى لم تتطرق للجوانب الفنية لمثل هذه الحالات .

وغنى عن الذكر أن العقود الأخيرة قد شهدت تطوراً كبيراً فى مفهوم حقوق الإنسان بوجه عام وحقوق المرضى النفسيين بوجه خاص الأمر الذى دعى الجمعية العمومية للأمم المتحدة أن تصدر القرار رقم ٤٦ / ١١٩ بتاريخ ١٩٩١/١٢/١٧ مؤكداً على رعاية حقوق المريض النفسي وواضعاً الأسس والمفاهيم التى ترسخ مثل هذه الحقوق وقد صدر هذا القرار بإجماع الدول الأعضاء بما فيهم جمهورية مصر العربية .

كما شهد الطب النفسي تطوراً كبيراً إذ توافرت وسائل علاجية متعددة تسمح بعلاج هؤلاء المرضى وشفاءهم فى مدد قصيرة ، كما تغير مفهوم العلاج النفسي ليصبح هدفه الأساسى علاج المريض وإعادته إلى المجتمع ليعيش حياة منتجة ؛ وليس إقصائه وعزله عن المجتمع وإيداعه بالمستشفيات لمدد طويلة كما هو الشأن فى ظل القانون رقم ١٤١ المشار إليه وبذلك نشأت الحاجة لتعديل القانون المذكور ليواكب روح العصر والتطور العلمى وأهمية مفهوم حقوق الإنسان .

وقد راعى مشروع القانون أن يكون شاملاً لرعاية المريض النفسى بصورة عامة وليس حجز المصابين بآفة عقلية فحسب كما تضمن مشروع القانون مد نطاق تطبيقه إلى جميع المستشفيات النفسية وشمل جميع المرضى الذين يتلقون العلاج بهذه المستشفيات سواء أكان دخولهم إليها إرادياً أو لا إرادياً .

ومما يُجدر الإشارة إليه أن مشروع القانون استحدث إنشاء مجلساً قومياً للصحة النفسية يتبعه مجالس محلية فى جميع المحافظات التى يوجد بها مستشفيات للطب النفسى وجعل رئاسة تلك المجالس لأعضاء من الهيئات القضائية وذلك ضماناً لحقوق المرضى النفسيين كما شدد مشروع القانون فى شأن وضع إجراءات دقيقة لإدخال المرضى وعلاجهم على غير إرادتهم واستحدث مشروع القانون نظام التقييم النفسى المستقل فى جميع حالات الإدخال اللاإرادى ضماناً لحقوق المرضى

كما حدد مشروع القانون مدداً معينة لبقاء هؤلاء المرضى تحت تلك الإجراءات المقيدة للحرية ، واشترط إعادة تلك الإجراءات بصفة دورية فى حالة انتهاء المدد المنصوص عليها فى مشروع القانون ، كما ميّز هذا القانون ما بين الإدخال اللاإرادى والعلاج اللاإرادى وجعل لكل منهما إجراءاته الخاصة به .

كذلك استحدث مشروع القانون نظاماً جديداً يسمى الأوامر العلاجية والتى تعنى فرض العلاج على المرضى الذين سبق إخضاعهم لإجراءات الإدخال والعلاج اللاإرادى بهدف علاج المرضى بالمجتمع وسط عائلاتهم وفى ظروف تساهم فى سرعة شفائهم واندماجهم فى المجتمع ؛ مما يخفف من العبء الملقى على عاتق المستشفيات النفسية المزدحمة بالمرضى الذين مرّ على وجودهم ما يربو على عقدين أو ثلاثة، ولو أنى أشك فى إمكانية تطبيق ذلك نظراً للقصور الشديد فى الخدمات المجتمعة فى الطب النفسى !!! .

أيضاً استحدث مشروع القانون النص على إنشاء صندوق للصحة النفسية للمساهمة فى تطوير ودعم علاج المرضى النفسيين ولتوفير الاستقلال المادى لمجالس الصحة النفسية الموكل إليها رعاية حقوق المرضى النفسيين ويتم تمويل هذا الصندوق من مصادر متعددة على النحو المبين بمشروع القانون ، و أيضا أشك فى إمكانية تمويل هذا الصندوق نظراً لضعف ميزانية الطب النفسى فى وزارة الصحة. .

كما استحدث مشروع القانون تنظيماً خاصاً لحقوق المرضى النفسيين بما يتفق مع قرارات الأمم المتحدة التى وقعتها مصر ووضع عقوبات جنائية لإنتهاك هذه الحقوق وقد تصدى مشروع القانون بصفة خاصة لحق المريض فى المشاركة فى علاجه بإعطائه حق الاختيار ما بين الوسائل المتعددة لعلاجه ؛ طالما سمحت حالته المرضية بذلك ، كما أعطى مشروع القانون أهمية خاصة لحق المريض فى سرية ملفه الطبى وكفل بعض الضمانات فيما يخص أنواع معينة من العلاجات مثل (العلاج الكهربى) ، ووضع ضوابط محددة يلتزم بها الفريق العلاجى فى حالة لجوئه لتقييد المرضى بدنياً أو عزلهم فى غرف خاصة بما يتمشى مع المعايير العلمية المعترف بها .

ويضم هذا القانون سبعة أبواب :

الباب الأول : ويتعلق بنطاق تطبيق أحكام هذا القانون الذى يتسع ليشمل جميع المستشفيات النفسية كما يضم هذا الباب مجموعة من التعريفات التى يتكرر

استعمالها بمواد ونصوص مشروع القانون بهدف الإيضاح والتيسير .

البـاب الثـانى : ويتكون من فـصلين ، الفصل الأول : وخـاص بإنشـاء المجلس القومى للصحـة النفسيـة وتحديد اختصاصـاته ونطاق صلاحيـاته ، والفصل الثانـى : ويتعلق بإنشـاء المجالس المحلية للصحة النفسية واختصاصاتها ونطاق صلاحياتها .

الباب الثالث : وينقسم إلى ثلاثة فصول الفصل الأول : يتناول حـالات الدخول الإرادى ويتناول الفصل الثانى : حـالات الإدخـال اللاإرادى ويتناول الفصل الثالث : حالات الإيداع بقرارات أو أحكام قضائية .

الباب الرابع : ويتعلق بعلاج المرضى سـواء كان إرادياً أو لاإرادياً كمـا يتضمن المعايير والاشتراطات الخاصة بتطبيق الخطط والأوامر العلاجيـة .

الباب الخامس : ويشمل حـقوق المرضى النفسيين بما فيـها سُبل الشكوى وتقديم الالتماسات من قِبل المرضى أو ذويهم أو وكلائهم .

الباب السادس : ويتناول إنشاء صندوق للصحـة النفسيـة ومصـادر تمويله وكيفية الصرف منه.

الباب السابع : ويحتوى على العقوبات التى تطبق على مخالفة أحكام القانون.

قانون رعاية المريض النفسي (٢٠٠٩)

أبواب القانون

١) **الباب الأول:** نطاق تطبيق القانون والتعريفات

٢) **الباب الثانى:** مجالس الصحة النفسية

أ. الفصل الأول: المجلس القومى للصحة النفسية

ب. الفصل الثانى : المجلس المخلى للصحة النفسية

٣) **الباب الثالث:** دخول المريض

أ. الفصل الأول: الدخول الإرادى

ب. الفصل الثانى: الدخول الإلزامى

ج. الفصل الثالث: الإيداع بقرارات أو أحكام قضائية

٤) **الباب الرابع:** علاج المريض النفسى

٥) **الباب الخامس:** حقوق المرضى

٦) **الباب السادس:** صندوق الصحة النفسية

٧) **الباب السابع:** العقوبات

قــرار رئيس جمهورية مصر العربية
بإصدار قانون رعاية المريض النفسي

باسم الشعب

رئيس الجمهورية.

قرر مجلس الشعب القانون الأتى نصه وقد أصدرناه:

"المادة الأولي"

يُعمل بالقانون المرفق فى شأن رعاية الصحة النفسية.

"الماده الثانيه"

يستبدل بنص الماده ٦٢ من قانون العقوبات الصادر بالقانون رقم ٥٨ لسنة ١٩٣٧ النص الأتى:

الماده٦٢:

لا يسأل جنائيا الشخص الذى يعانى وقت إرتكاب الجريمه من إضطراب نفسى أو عقلى أفقده الإدراك أو الإختيار أو الذى يعانى من غيبوبه ناشئه عن عقاقير مخدره أيا كان نوعها إذا أخذها قهرا عنه أو على غير علم منه بها.

ويظل مسئولا جنائيا الشخص الذى يعانى وقت إرتكاب الجريمه من إضطراب نفسى أو عقلى أدى إلى إنقاص إدراكه أو إختياره.

وتأخذ المحكمه فى إعتبارها هذا الظرف عند تحديد مدة العقوبه.

"الماده الثالثه"

تستبدل فى قانون الإجراءات الجنائيه الصادر بالقانون رقم ١٥٠ لسنة ١٩٥٠ عبارة حالة الإضطراب العقلى للمتهم بعبارة حالة المتهم العقليه و عبارة إحدى منشأت الصحه النفسيه الحكوميه بعبارة أحد المحال الحكوميه الوارداتين فى الماده ٣٣٨، وعبارة إضطراب عقلى بعبارة عاهه فى عقله الوارده فى المادتين ٣٣٩ و ٣٤٢ وعبارة للأمراض النفسيه بعبارة للأمراض العقليه الوارده فى الماده ٣٤٢، وعبارة بإضطراب عقلى بعبارة بجنون وعبارة للأمراض النفسيه بعبارة للأمراض العقليه الوارده فى الماده ٤٨٧ .

"الماده الرابعه"

تستبدل عبارة الإضطراب النفسى أو العقلى بعبارة الجنون أو العته أو عاهه العقل أينما وردت فى أى قانون آخر.

"المادة الخامسه"

يُلغى القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية ،كما يلغى كل حكم يخالف أحكام القانون المرفق .

"المادة السادسه"

على منشآت الصحة النفسية توفيق أوضاعها طبقاً لأحكام هذا القانون خلال مدة أقصاها سنة ونصف من تاريخ العمل به.

"المادة السابعه"

يصدر الوزير المختص بالصحه اللائحة التنفيذية للقانون المرفق خلال مدة ستة أشهر من تاريخ العمل به.

"المادة الثامنه"

ينشر هذا القانون فى الجريدة الرسمية ويُعمل به من اليوم التالى لتاريخ النشر.

يُبصم هذا القانون بخاتم الدولة ويُنفذ كقانون من قوانينها.

صدر برئاسة الجمهورية.

فى / /

رئيس الجمهورية

محمد حسني مبارك

قانون رعاية المريض النفسي

الباب الأول

نطاق تطبيق القانون والتعريفات

مـــادة (١):

في تطبيق أحكام هذا القانون ، يقصد بالكلمات والعبارات الآتية المعاني المبينة قرين كل منها:

أ – الصحة النفسية :

حالة من الاستقرار النفسي والاجتماعي التي يستطيع الفرد من خلالها أن يحقق انجازاته طبقاً لإمكانياته الشخصية ليتمكن من التعامل مع الضغوط الحياتية العادية ، كما يستطيع أن يعمل وينتج ويساهم في المجتمع الذي ينشأ فيه .

ب – المريض النفسي:

الشخص الذي يعاني من اضطراب نفسي عصابي أو عقلي ذهاني.

ج – الاضطراب النفسي أو العقلي :

إختلال أي من الوظائف النفسية أو العقليه لدرجة تحد من تكيف الفرد مع بيئته الاجتماعية ولا يشمل الاضطراب النفسي أو العقلي من لديه الإضطرابات السلوكيه دون وجود مرض نفسي أو عقلي واضح.

د – الطبيب غير المتخصص في الطب النفسي :

الطبيب المرخص له بمزاولة المهنة ، أو المتخصص في أي فرع من فروع الطب ، ولم يحصل على درجة علمية في الطب النفسي.

هـ – الطبيب النفسي :

الطبيب الحاصل على درجة تخصصية في الطب النفسي و المقيد في نقابة الأطباء بجدول الأخصائيين أو الاستشاريين.

و – الطبيب النفسي المسئول عن المريض :

الطبيب النفسي الذي يشغل وظيفة أخصائي أو استشاري أو ما يعادلها والمنوط به رعاية المريض.

ز – الدخول الإرادى :

دخول المريض إحدى منشآت الصحة النفسية بناء على موافقته الصريحة المبنية على إرادة حرة مستنيرة.

ح – الدخول الإلزامى :

دخول المريض إحدى منشآت الصحة النفسية دون إرادته فى الأحوال التى يحددها هذا القانون .

ط- الطوارىء النفسيه:

حالة إكلينيكية حادة تصيب المريض النفسى وتهدد صحته بالخطر أو سلامة الآخرين وتتطلب التدخل الطبى العاجل .

مـــــادة (٢):

تسرى أحكام هذا القانون على منشآت الصحة النفسية الآتية:

١ . المستشفيات المتخصصة فى الطب النفسى سواء كانت عامة أو خاصة.

٢ . أقسام الطب النفسى بالمنشات العامة والخاصة .

٣ . المراكز الطبية المرخص لها بالعمل فى مجال الصحة النفسية .

ولا تسرى أحكام هذا القانون على العيادات الخاصة الخارجية غير الملحقة بمنشآت الصحة النفسية المشار إليها ، وغير المخصصه لحجز المرضى النفسيين.

مـــــادة (٣):

لا يجوز أدارة أو تشغيل أى منشأه من منشات الصحة النفسية التى تسرى عليها أحكام هذا القانون إلا بناء على ترخيص يصدر من وزارة الصحة و قيدها بسجلات المجلس الإقليمى للصحة النفسية وفقاً للشروط والإجراءات المبنية باللائحة التنفيذية لهذا القانون ، وذلك دون الإخلال بأحكام قانون المنشأت العلاجيه الخاصه.

ويكون الترخيص لمدة خمس سنوات قابلة للتجديد لمدد أخرى مماثلة .

وفى جميع الحالات يجب أن يتولى إدارة المنشأة احد الأطباء النفسيين ويكون مسئولاً أمام الجهات المختصة عما يقع من مخالفات فى المنشأة .

مـــادة (٤):

يجب أن يكون لدى كل منشأة من منشآت الصحة النفسية سجل خاص للمرضى النفسيين – أياً كان سبب دخولهم المنشأة – على أن يكون من نسختين تتضمنان البيانات الخاصة بكل مريض ، وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون البيانات والمدة التى يجب الاحتفاظ بها بالسجل لدى المنشأة .

ويكون للمجلس القومى للصحة النفسية والمجالس الإقليمية للصحة النفسية الإطلاع على السجلات المشار إليها للعمل بها وفقاً لأحكام هذا القانون مع الاحتفاظ بسرية المعلومات.

الباب الثاني

مجالس الصحة النفسية

مـــادة (٥):

يُنشأ بوزارة الصحة مجلس قومي للصحة النفسية ، كما يجوز إنشاء مجالس إقليمية للصحة النفسية بالمحافظات تخضع لإشراف المجلس القومى للصحة النفسية .

الفصل الأول

المجلس القومي للصحة النفسية:

مـــادة (٦) :

يُشكل المجلس القومى للصحة النفسية بقرار من رئيس مجلس الوزراء على الوجه الآتى :

- الوزير المختص بالصحة أو من ينيبه بحيث لا تقل درجته عن الفئة الممتازة (رئيساً) .

وعضوية كل من :

١ . أحد نواب رئيس مجلس الدولة .

٢ . الأمين العام للصحة النفسية .

٣ . أحد رؤساء أقسام الطب النفسى بالجامعات المصرية يختاره الوزير المختص بالتعليم العالى .

٤ . أحد المحامين العامين الأول يختاره النائب العام .

٥ . رئيس قطاع يمثل وزارة التضامن الاجتماعى له خبرة فى الخدمة الاجتماعية يختاره الوزير المختص بالتضامن الاجتماعى.

٦ . رئيس الإدارة المركزية للتمريض بوزارة الصحة .

٧ . طبيب شرعى له خبرة فى الصحة النفسية يختارة وزير العدل .

٨ . ممثل للمجلس القومى لحقوق الإنسان يختاره رئيس المجلس .

٩ . مدير عام إدارة أحد مستشفيات الصحة النفسية بوزارة الصحة يختاره الوزير المختص بالصحة.

١٠ . رئيس الجمعية المصرية للطب النفسى أو من ينيبه من أعضاء الجمعية .

١١ . أحد أساتذة علم النفس الاكلينيكى بأحدى الجامعات المصرية يختاره وزير التعليم العالى.

١٢ . أحد الأطباء النفسيين بالقوات المسلحة لا تقل رتبته عن عقيد يرشحه مدير إدارة الخدمات الطبية بالقوات المسلحة .

١٣ . أحد الأطباء النفسيين بجهاز الشرطة لا تقل رتبتة عن عقيد .

١٤ . ممثل عن احتياجات المرضى النفسيين أو عائلاتهم يختاره الأمين العام للصحة النفسية ، أو أحد أعضاء الجمعيات الأهلية المهتمه بالمرضى النفسيين يختاره رئيس الاتحاد العام للجمعيات الأهلية.

١٥ . أحد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمجال الصحة النفسية يختاره الوزير المختص بالصحة.

١٦ . ممثل مصلحة الأمن العام يختاره وزير الدخلية.

١٧ . نقيب الأطباء أو من يمثله.

١٨ . ممثل لغرفة العلاج الخاص عن مستشفيات الصحة النفسية.

١٩ . ممثل عن المجالس الإقليمية للمحافظات يختاره الوزير المختص بالصحة.

ويجوز للمجلس أن يستعين بمن يراه من ذوى الخبرة والتخصص دون أن يكون له صوت معدود فى المداولات.

ويعين المجلس أمانة فنية تابعة له ، كما يعين سكرتارية لكل من المجلس والأمانة.

ويجتمع المجلس مرة كل ثلاثة أشهر على الأكثر أو بناء على طلب من رئيس المجلس أو ثلث أعضاء المجلس.

مـــادة (٧) :

يتولى المجلس القومي للصحة النفسية الإشراف على المجالس الإقليمية للصحة النفسية ، ومتابعة تنفيذ أحكام هذا القانون فى منشآت الصحة النفسية وله على الأخص :

١ . وضع السياسات التى تضمن احترام حقوق وسلامة المرضى النفسيين وكذلك نشر تقارير دورية عن أعماله طبقا لما تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

٢ . مراقبة أحوال دخول وحجز وعلاج المرضى النفسيين والتأكد من تمتعهم بالضمانات والحقوق المنصوص عليها فى هذا القانون .

٣ . البت فى التظلمات من قرارات المجالس الإقليمية للصحة النفسية.

٤ . وضع معايير الترخيص الصادر من وزارة الصحة بإدارة وتشغيل المنشآت المنصوص عليها فى المادة (٢) من هذا القانون وتجديدة وإلغائه ، ويكون للمجلس لجنه فنيه من الأطباء المتخصصين للاطلاع على سجلات المرضى عند اللزوم ، وذلك طبقاً لما تتضمنه اللائحة التنفيذية لهذا القانون.

ويباشر المجلس اختصاصات المجلس الإقليمى للصحة النفسية المنصوص عليها فى البنود من ٤ إلى ٧ من المادة (٩) من هذا القانون وذلك فى الفترة الانتقالية وفى المحافظات التى لم يشكل بها مجلس إقليمى للصحة النفسية.

الفصل الثاني

المجالس الإقليمية للصحة النفسية

مـــادة (٨):

تُشكل بقرار من الوزير المختص بالصحة ، مجالس إقليمية للصحة النفسية يشمل نطاق عملها محافظة أو أكثر من المحافظات المجاورة وذلك على النحو الآتى :

١ . أحد استشارى أو أساتذة الطب النفسى بالمحافظة يختارة الوزير المختص بالصحة (رئيساً) .

٢ . أحد رؤساء النيابة العامة يختاره المحامى العام الأول (نائباً للرئيس) .

٣ . الأعضاء:

- رئيس قسم الطب النفسى بكلية الطب فى المحافظة إن وجدت أو فى أقرب محافظة لها .
- ممثل لوزارة التضامن الاجتماعى فى المحافظة من درجة رئيس إدارة مركزية.
- ممثل عن النقابة الفرعية لنقابة الأطباء.
- مدير إدارة الطب العلاجى بالمحافظة .
- رئيس إدارة التمريض بمديرية الشئون الصحية بالمحافظة.
- أحد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمجال الصحة النفسية يختاره مدير عام الشئون الصحية بالمحافظة.
- ممثل عن الجمعيات الأهلية المهتمة بالمرضى النفسيين يختارة رئيس الاتحاد العام للجمعيات الأهلية.
- أحد الشخصيات العامة المهتمة بحقوق الانسان يختاره المجلس القومى لحقوق الانسان .
- أحد الأطباء الشرعيين التابعيين لوزارة العدل من ذوى الخبرة فى مجال الطب النفسى يعينه وزير العدل .

ويجوز للمجلس الإقليمى أن يستعين بمن يراه من ذوى الخبرة والتخصص دون أن يكون له صوت معدود فى المداولات ، ويعين المجلس الإقليمى أمانة فنية تابعة له، وما يلزم من أجهزة إدارية.

مـــادة (٩):

يتولى المجلس الإقليمى للصحة النفسية الإشراف على تطبيق أحكام هذا القانون فى النطاق المحلى الكائن به ويختص بمباشرة المهام الآتية:

١ . متابعة التقارير الشهرية الواردة من المنشات النفسية والمتعلقة بحالات الدخول والعلاج الإلزامى.

٢ . تقديم تقارير دورية عن أعماله إلى المجلس القومى للصحة النفسية كل ثلاثة أشهر.

٣ . إنشاء سجلات لقيد أسماء الأطباء النفسيين المسموح لهم من قبل المجلس القومى بتطبيق قرارات الدخول والعلاج الإلزامى والأوامر العلاجيه والتقييم المستقل وذلك طبقا لما تبينه اللائحه التنفيذيه لهذا القانون.

٤ . ندب الأطباء المسجلين فى سجلات المجلس لإجراء التقييم النفسى المستقل وفحص المودعين بقرارات أو أحكام قضائيه بناءا على طلب من مدير المنشأه.

٥ . التفتيش على المنشأت المنصوص عليها فى الماده ٢ من هذا القانون والتأكد من إلتزامها والعاملين بها بتطبيق المعايير والإجراءات التى يتطلبها تنفيذ أحكام هذا القانون، ويتمتع المفتشون الفنيون الذين يعينهم المجلس بسلطة الضبطيه القضائيه بناءا على قرار يصدر بذلك من وزير العدل بالإتفاق مع الوزير المختص بالصحه .

٦ . النظر فى الشكاوى المقدمه من المرضى أو من عائلاتهم أو من يمثلهم والرد عليها فى خلال إسبوعين من تاريخ تقديم الشكوى.

٧ . تشكيل لجان من ذوى الخبره والإختصاص فى مجال الصحه النفسيه وذلك لمراجعة قرارات الدخول والعلاج الإلزامى والأوامر العلاجيه وتحدد اللائحه التنفيذيه لهذا القانون كيفية تشكيل تلك اللجان ومهامها وكيفية التظلم من قراراتها .

وفى جميع الحالات التى تتطلب إبلاغ المجلس بها يتعين على المجلس أن يصدر قراره فى شأنها خلال مدة أقصاها ستة أيام عمل من تاريخ إبلاغه بالحالة ، فإذا لم يصدر المجلس قراره خلال تلك المدة ، جاز لمدير المنشأة اتخاذ القرارات اللازمة بشان المريض طبقا لأحكام هذا القانون على أن يتم إبلاغ المجلس بذلك .

الباب الثالث

دخول المريض النفسي بمنشآت الصحة النفسية

الفصل الأول

الدخول الإرادي

مـــادة (١٠) :

يحق لكل مريض نفسى بلغ الثامنة عشر من عمره طلب دخول إحدى منشات الصحة النفسية دون موافقة احد كما يحق له طلب الخروج فى أى وقت إلا إذا انطبقت عليه شروط الدخول الإلزامي وفى هذه الحالة تتبع الإجراءات المقررة فى هذا الشأن ،و فى جميع الأحوال يخطر أهل المريض متى وافق على ذلك .

مـــادة (١١) :

يجوز للطبيب النفسى المسئول أو من ينوب عنه بناء على تقييم نفسى مسبب أن يمنع مريض الدخول الإرادى من مغادرة المنشأة لمدة لا تتجاوز ٧٢ ساعة فى أى من الحالتين الآتيتين :

١ . إذا رأى أن خروجه يشكل إحتمالا جديا لحدوث أذى فورى أو وشيك على سلامته أو صحته أوحياته أو على سلامة أو صحة أو حياة الآخرين.

٢ . إذا رأى أنه غير قادر على رعاية نفسه بسبب نوع أو شدة المرض النفسي.

ولا يجوز للطبيب فى الحالتين المذكورتين إعطاء المريض أى علاج دون موافقته خلال تلك المدة فيما عدا علاج الطوارئ ، ويتعين لإخضاعه لنظام الدخول الإلزامى طبقا لأحكام الماده ١٣ من هذا القانون إبلاغ المجلس الإقليمى للصحة النفسية وإجراء تقييم طبى مستقل ويجوز مد الفتره المشار إليها بما لا يجاوز أسبوعا إذا إستمرت المبررات المنصوص عليها فى الماده من هذا القانون المذكوره ولم يكن فى الإمكان الحصول على التقييم الطبى المستقل خلال الثلاثة الأيام الأولى من منع المريض من مغادرة المنشأه على أن يخطر المجلس الإقليمى للصحه النفسيه بالأسباب التى أدت إلى مد الحجز وذلك كله على النحو الذى تقرره اللائحه التنفيذيه لهذا القانون.

مـــادة (١٢) :

يجوز لأى من الوالدين أو الوصى أو القيم تقديم طلب لفحص المريض النفسى ناقص الأهليه لعلاجه بإحدى منشات الصحة النفسية ، على أن يستشار الأخصائى الاجتماعى بتلك المنشأة فى هذا الطلب وعلى أن يبلّغ المجلس الإقليمى للصحة النفسية فى خلال يومى عمل من تاريخ الدخول ، كما يجوز لأى من الوالدين او الوصى او القيم تقديم طلب للخروج فى أى وقت إلا إذا انطبقت على المريض شروط الحجز الإلزامى وفى هذه الحالة تتبع الإجراءات المقررة فى هذا الشأن .

الفصل الثاني

الدخول الإلزامي

مـــادة (١٣) :

لا يجوز إدخال أى شخص إلزاميا للعلاج بإحدى منشات الصحة النفسية إلا بموافقة طبيب متخصص فى الطب النفسى وذلك عند وجود علامات واضحه تدل على وجود مرض نفسى شديد يتطلب علاجه دخول إحدى منشأت الصحه النفسيه وذلك فى الحالتين الأتيتين:

الأولى: قيام إحتمال تدهور شديد ووشيك للحاله النفسيه.

الثانيه: إذا كانت أعراض المرض النفسى تمثل تهديدا جديا ووشيكا لسلامة أو صحة أو حياة المريض أو سلامة وصحه وحياة الأخرين.

وفى هاتين الحالتين يتعين أن يكون المريض رافضا لدخول المنشأه لتلقى العلاج اللازم على أن يتم إبلاغ الأهل ، ومدير المنشأه ، ومكتب الخدمه الإجتماعيه التابع له محل إقامة المريض والمجلس القومى للصحه النفسيه أو المجلس الإقليمى للصحه النفسيه بقرارات إدخال المريض إلزاميا خلال أربعه وعشرون ساعه من دخوله مرفقا بها تقرير يتضمن تقييما لحالته الصحيه وذلك كله على النحو الذى تحدده اللائحه التنفيذيه .

مـــادة (١٤) :

يجوز لطبيب غير متخصص فى الطب النفسى بإحدى منشأت الصحه النفسيه المنصوص عليها فى هذا القانون وفى الحالتين المنصوص عليهما فى الماده السابقه

ووفقا للأحكام المنصوص عليها فيها أن يدخل مريضا دون إرادته لتقييم حالته ولمده لا تجاوز ثمانيه وأربعين ساعه وذلك بناء على طلب كتابى يقدم إلى المنشأه من أى من الأشخاص الأتيه :

١- أحد أقارب المريض حتى الدرجه الثانيه

٢- أحد ضباط قسم الشرطه .

٣- الأخصائى الإجتماعى بالمنطقه

٤- مفتش الصحه المختص

٥- قنصل الدوله التى ينتمى إليها المريض الأجنبى.

٦- أحد متخصصى الطب النفسى ممن لا يعمل بتلك المنشأه ولا تربطه صلة قرابه بالمريض أو بمدير المنشأه حتى الدرجه الثانيه .

ويعرض الأمر على النيابه العامه خلال فتره لا تجاوز ٢٤ ساعه لإتخاذ ما يلزم .

ويجوز للطبيب النفسى المسئول إلغاء الدخول الإلزامى قبل إنتهاء المده المشار إليها فى الفقره الأولى من هذه الماده إذا إنتفت مبرراته على أن يقوم بإبلاغ ذلك لكل من مدير المنشأه ومكتب الخدمه الإجتماعيه والمجلس الإقليمى للصحه النفسيه مع إحاطة المريض والأهل علما بهذا القرار.

مـــادة (١٥) :

يجوز للطبيب النفسى المسئول أن يمد فترة الدخول الإلزامى المنصوص عليها فى المادة السابقة إلى مدة أقصاها سبعة أيام وذلك إذا إستمرت المبررات المنصوص عليها فى الماده ١٣ من هذا القانون ولم يكن فى الإمكان الحصول على التقييم الطبى المستقل خلال الثلاثة أيام الأولى من الدخول الإلزامى مع إخطار الجهات المشار إليها فى المادة السابقة .

مـــادة (١٦) :

لا يجوز إبقاء المريض النفسى إلزاميا بإحدى منشأت الصحه النفسيه لأكثر من إسبوع إلا بعد إجراء تقيمين نفسيين للمريض بواسطة أخصائيين للطب النفسى مسجلين لدى المجلس الإقليمى للصحه النفسيه المختص بحسب الأحوال أحدهم من

خارج المنشأه والأخر من العاملين بها على أن يكون أحدهم موظفا حكوميا، وفى كل الأحوال لا يجوز أن يتم التقييم بواسطة أخصائيين يعملان بجهه واحده ويرسل التقيمان إلى المجلس الإقليمى للصحه النفسيه خلال سبعة أيام من إستبقاء المريض إلزاميا ، ويرفق بهما النموذج المستخدم لذلك .

وفى حالة عدم إستيفاء هذه الإجراءات فى المواعيد المحدده تنتهى حالة الدخول الإلزامى للمريض، وتتحمل المنشأه ما قد ينجم عن ذلك من أثار .

وفى جميع الأحوال تنتهى حالة الدخول الإلزامى للمريض إذا لم يقتنع المجلس الإقليمى للصحه النفسيه بنتائج التقييم النفسى المقدمه إليه وذلك بعد فحص المجلس القومى للصحه النفسيه أو المجلس الإقليمى للصحه النفسيه له .

مـــــادة (١٧) :

فى الحالات غير العاجله و التى يتعذر فيها إحضار المريض بالوسائل العادية ، يتعين على الأشخاص المذكورين بالمادة (١٤) من هذا القانون إبلاغ النيابة العامة لندب احد الأطباء النفسيين لفحص حالة المريض وتقرير ما إذا كانت حالته تستدعى الدخول الإلزامى للمنشأة وعرض ذلك على النيابة العامة والتى لها أن تأمر بنقله إلى احدى منشآت الصحة النفسية العامة للعلاج إذا ما قرر الطبيب النفسى حاجة المريض إلى ذلك ، أو نقله إلى أحدى المنشآت الخاصة إذا رغب المريض أو ذويه فى ذلك بناء على طلب يقدم للنيابة العامة .

ويشترط فى الطبيب الذى تنتدبه النيابة العامة أن يكون مقيداً لدى المجلس الإقليمى للصحة النفسية المختص بحسب الأحوال وألا يمت بصلة قرابة للمريض أو لمدير المنشأة حتى الدرجة الثالثة ، وألا يكون من العاملين بالمنشأة التى يعالج فيها المريض .

مـــــادة (١٨) :

يجوز فى الحالات العاجلة التى لا تحتمل اتخاذ الإجراءات الواردة فى المادة السابقة إبلاغ أحدى منشآت الصحة النفسية لفحص المريض ونقله للعلاج على وجه السرعة على أن يرفع تقرير للمجلس الإقليمى للصحة النفسية عن الحالة خلال أربع وعشرين ساعة متضمنا التشخيص المبدئى والكيفية التى تم بها نقل المريض والأشخاص الذين قاموا بالنقل مع بيان أسباب حالة الاستعجال، وذلك كله على النحو الذى تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

مـــادة (١٩) :

يجوز للطبيب النفسى المسئول أن يمد فترة الدخول الإلزامى المنصوص عليها فى المادتين ١٤ و١٥ من هذا القانون لمدة شهر، وذلك بغرض إستكمال التقييم أو تطبيق إجراءات العلاج الإلزامى وبعد إبلاغ الجهات المنصوص عليها فى الماده ١٣ من هذا القانون ويجوز مد هذه المده حتى ثلاثة أشهر بعد إبلاغ المجلس الإقليمى للصحه النفسيه بناء على تقرير يتضمن تقييم لحالة المريض ، والأسباب الداعيه لإحتجازه ، فإذا إقتضت حالة المريض بقاءه بالمنشأه مده أطول يكون المد بقرار من المجلس الإقليمى للصحه النفسيه لمدد لا تجاوز ستة أشهر وذلك بعد إعادة تقييم حالة المريض طبقاً للإجراءات المنصوص عليها فى هذا القانون ، ولا يجوز تجديدها إلا بقرار من المجلس المذكور.

وفى جميع الأحوال يجوز لكل ذى شأن أن يتظلم من قرار الدخول الإلزامى أو الإستمرار فيه أو إلغائه دون التقيد بأية مده إلى محكمة الجنح المستأنفه منعقده فى غرفة المشوره .

وتختص هذه المحكمه دون غيرها بالفصل فى التظلم وجميع المنازعات المتعلقه بالدخول الإلزامى بعد أخذ رأى المجلس الإقليمى للصحه النفسيه والنيابه العامه .

مـــادة (٢٠) :

يجوز للمريض أو لمحاميه أو لذويه التظلم من قرارات الحجز أوالعلاج الإلزامى إلى المجلس الإقليمى للصحة النفسية، وللمجلس فى هذه الحالة أن يندب خبيراً من خارج المنشأة لفحص الحالة النفسية للمريض، وعلى المجلس أن يبت فى التظلم فى خلال مدة أقصاها إسبوعين من تاريخ تقديمه .

ويجوز للمريض أو محاميه أو ذويه التظلم مباشرة من هذه القرارات إلى المجلس القومى للصحه النفسيه، وعلى المجلس ان يبت فى التظلم خلال مده أقصاها إسبوعين من تاريخ تقديمه ، وذلك كله مع عدم الإخلال بحقهم فى الطعن على قرارات مجالس الصحه النفسيه أمام محكمة القضاء الإدارى، و للمريض الحق فى التظلم مره واحده كل مدة حجز..

مـــــادة (٢١) :

إذا هرب المريض الخاضع لنظام الدخول أو العلاج الإلزامى وجب على إدارة المنشأة إبلاغ الشرطة أو النيابه العامه للبحث عنه وإعادته إلى المنشأة لاستكمال إجراءات العلاج الإلزامى .

مـــــادة (٢٢):

يجوز لمدير المنشأة إنهاء حالة الدخول أو العلاج الإلزامي بناءً على طلب احد أقرباء المريض أو من يقوم علي شئونه قانونا وذلك إذا أصيب المريض بمرض جسماني ينذر بالموت على أن يخطر بذلك المجلس الإقليمى للصحة النفسية خلال مدة لا تجاوز ثلاثة أيام عمل .

مـــــادة (٢٣) :

يجوز لمدير المستشفى نقل المريض الخاضع لقرارات الدخول أو العلاج الإلزامى من منشأة إلى أخرى بعد إبلاغ المجلس الإقليمى للصحه النفسيه بناء على تقييم يوضح حالة المريض والأسباب الداعية لنقله .

الفصل الثالث

الإيداع بقرارات أو بأحكام قضائية

مـــــادة (٢٤) :

فى حالة صدور قرار من النيابة العامة أو حكم قضائى بإيداع أحد المتهمين بإحدى منشآت الصحة النفسية للفحص ينتدب المجلس الإقليمى للصحة النفسية لجنة ثلاثية من الأطباء المقيدين لديه لفحص حالة المودع النفسيه والعقليه طبقاً لمضمون القرار أو الحكم ، ويجب إبلاغ الجهة القضائية بتقرير عن الحاله النفسيه والعقليه يتضمن نتيجة التقييم وذلك خلال المده التى يحددها قرار الجهات القضائيه وله ان يطلب مهله إضافيه إذا إقتضى الأمر على أن يشمل التقرير ما يأتى:

١ . حالة المودع النفسية أو العقليه وقت ارتكاب الجريمة من حيث مدى توافر الإدراك أو الإختيار.

٢ . حالة المودع النفسية أو العقليه وقت إجراء التقييم .

٣ . الخطة العلاجية المقترحة .

مـــادة (٢٥) :

في جميع الأحوال لا يجوز إنهاء الإيداع أو منح المريض أجازة للعلاج إلا بعد الرجوع إلى الجهة القضائية الآمرة بالإيداع ، ويجب مراجعة تقييم قرار الإيداع مره كل عام على الأقل.

كما يجوز للمحكمة أو النيابة العامة فى مواد الجنح البسيطة وفى المخالفات أن تفوض المجالس الإقليميه للصحة النفسية فى إنهاء الإيداع أو فى منح إجازات للعلاج دون الرجوع إليها ويتمتع المريض المودع للعلاج بموجب أحكام أو أوامر قضائيه بكافة حقوق المرضى المنصوص عليها فى الماده ٣٦ من هذا القانون .

مـــادة (٢٦) :

يجوز لمدير المنشأة فى حالة إصابة المودع بأحد الأمراض العضوية التصريح بخروجه بصحبة الشرطة للعلاج بإحدى المستشفيات المتخصصة ، وفى هذه الحالة تلتزم الشرطة بحراسته طوال فترة علاجه وإعادته إلى مكان الإيداع .

الباب الرابع
علاج المريض النفسي

مـــادة (٢٧) :

فى حالة تمتع المريض بالقدرة العقلية على فهم وإدراك الإجراءات والمعلومات المقدمه إليه وإتخاذ قرار مبنى على هذا الإدراك والتعبير عنه تعبيرا صحيحا يلتزم الطبيب النفسى المسئول بعدم اعطاء أى علاج لمريض الدخول الارادى دون الحصول على موافقته المسبقة المبنية على إرادة حرة مستنيرة ،كما يلتزم بتسجيل الخطة العلاجية المقترحة ،واثبات موافقة المريض أو عدم موافقته فى الملف الطبى له وذلك طبقاً للشروط والإجراءات التى تحددها اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

وتقع مسئولية تقرير قدرة المريض العقليه على إعطاء موافقه صريحه ومستنيره من عدمه على الطبيب النفسى المسئول.

وفى جميع الأحوال يلتزم أعضاء الفريق العلاجي بتسجيل كل تدخل علاجي يقوم به أى منهم بملف المريض وذلك على النحو الذى تبينه اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

مـــادة (٢٨) :

لا يجوز إعطاء المريض النفسى أى علاج لحالته سواء كان هذا العلاج دوائيا أو نفسيا أو سلوكيا أو كهربائيا أو أى من العلاجات المستخدمه فى الطب النفسى دون إحاطته علما بذلك ،ويتعين إحاطته علما بطبيعة هذا العلاج والغرض منه والأثار التى قد تنجم عنه والبدائل العلاجيه له ، إذا امتنع مريض الدخول الإلزامى عن تناول العلاج المقرر يحق للطبيب النفسى المسئول إلزامه بالعلاج ، على أن يستوفى الطبيب إجراءات العلاج الإلزامى قبل الشروع فى ذلك ،ويجب عليه مراجعة إجراءات العلاج الإلزامى كل أربعة أسابيع على الأكثر ، كما يجب إعادة النظر فى تلك الإجراءات عند قيام الطبيب المعالج بإجراء أى تغيير جوهرى فى الخطة العلاجية المصرح بها ، وإذا استمر العلاج الإلزامى مدة أكثر من ثلاثة أشهر يتعين الحصول على تقييم طبى آخر مستقل ، وذلك كله على النحو الذى تبينه اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

مـــادة (٢٩) :

يجوز فى حالة الضرورة العاجلة إعطاء المريض النفسى العلاج دون الحصول

على موافقته متى كان ذلك لازما لمنع حدوث تدهور وشيك للحالة النفسية أو الجسدية للمريض من شانها أن تعرض حياته أو صحته أو حياة وصحة الآخرين لخطر جسيم وشيك على ألا تتجاوز مدته إثنين وسبعين ساعة وذلك طبقا لما تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

مـــادة (٣٠) :

لا يجوز إجراء العلاج الكهربائى اللازم لحالة المريض النفسى إلا تحت تأثير مخدر عام وباسط للعضلات ،ويتعين الحصول على موافقته على ذلك كتابة بناء على إرادة حره مستنيره وبعد إحاطته علما بطبيعة هذا العلاج والغرض منه ،والأثار الجانبيه التى قد تنجم عنه، والبدائل العلاجيه له، فإذا رفض المريض الخاضع لإجراءات الدخول والعلاج الإلزامى هذا النوع من العلاج وكان لازما لحالته فرض عليه بعد إجراء تقييم طبى مستقل.

مـــادة (٣١) :

يحق للطبيب النفسى المسئول أن يصرح بإعطاء المرضى الخاضعين لقرارات الدخول والعلاج الإلزامى أجازات علاجيه بالشروط والإجراءات التى تحددها اللائحه التنفيذيه لهذا القانون، ويستمر المريض فى تلك الحاله خاضعا لقرارات الدخول والعلاج الإلزامى.

وفى حالة تخلف المريض الحاصل على أجازه علاجيه عن الحضور إلى المنشأه فى نهاية المده المحدده لأجازته تبلغ الشرطه عنه لإعادته مره أخرى.

مـــادة (٣٢) :

يجوز نقل المريض النفسى الخاضع للدخول أو العلاج الإلزامى من منشأة الصحه النفسيه الموجود بها إلى مستشفى عام للعلاج وذلك إذا ما أصابه مرض جسدى ولم يتوفر له علاج بالمنشأه الموجود بها .

مـــادة (٣٣) :

يجوز تطبيق نظام الأوامر العلاجية على المريض النفسى الخاضع لنظام الدخول والعلاج الإلزامى بعد خروجه من المنشأة ، ويقصد به فرض العلاج على المريض النفسى خارج نطاق منشآت الصحة النفسية وتحت إشرافها إذا توافرت الشروط الآتية :

١ . أن تسمح حالة المريض استمرار علاجه دون الحاجة لبقائه بالمنشأة .

٢ . إذا كان من شأن توقف العلاج تدهور حالة المريض النفسى .

٣ . ألا تمثل حالة المريض خطراً جسيماً على حياته أو سلامة وحياة الآخرين.

٤ . أن يكون للمريض تاريخ معروف بعدم الانتظام فى تعاطى الأدوية النفسية الموصوفة له على نحو أدى إلى تكرار انتكاس حالته ودخوله وعلاجه إلزاميا بإحدى المنشآت النفسية.

٥ . أن يتم الحصول على تقييم طبى مستقل .

٦ . أن يتم إبلاغ المجلس القومى للصحة النفسية أو المجلس الإقليمى للصحه النفسيه بذلك

ويتضمن نظام الأوامر العلاجية التزام المريض بالحضور للمنشأة فى الأوقات التى يحددها الفريق المعالج والسماح للفريق المعالج بزيارة المريض فى محل إقامته طبقاً للخطة العلاجية المقررة .

مـــادة (٣٤) :

يجب ألا تزيد مدة تطبيق نظام الأوامر العلاجية على ستة أشهر ولا يجوز تجديدها لمدد أخرى إلا بعد إبلاغ المجلس الإقليمى للصحة النفسية وللمجلس الحق فى إلغاء هذه الأوامر إذا وجد من الأسباب ما يستلزم ذلك .

مـــادة (٣٥):

فى حالة وفاة المريض الخاضع لإجراءات الدخول أو العلاج الإلزامى تلتزم إدارة المنشأة بإخطار النيابة المختصة وأهل المريض والمجلس الإقليمى للصحة النفسية خلال أربع وعشرين ساعة من تاريخ الوفاة ، فضلاً عن إرسال تقرير مفصل إلى المجلس الإقليمى للصحة النفسية مصحوبا بصورة كاملة من ملف المريض المتوفى شاملا جميع الفحوصات والأبحاث وطرق العلاج التى استخدمت .

الباب الخامس
حقوق المرضي

ماده (٣٦):

يتمتع المريض النفسى الذى يعالج بإحدى المنشآت المنصوص عليها فى المادة (٢) من هذا القانون بالحقوق الآتية :-

١ . تلقى العناية الواجبة فى بيئة آمنة ونظيفة .

٢ . حظر تقييد حريته على خلاف أحكام هذا القانون .

٣ . الإحاطة علماً باسم ووظيفة كل أفراد الفريق العلاجى الذى يرعاه بالمنشأة.

٤ . رفض مناظرته أو علاجه بمعرفة أى من أفراد الفريق العلاجى على ان يستجاب لهذا الحق فى حدود الإمكانات المتاحه.

٥ . تلقى المعلومات الكاملة عن التشخيص الذى أعطى لحالته وعن الخطة العلاجية المقترحة وعن احتمال تطورات حالته .

٦ . أن يكون العلاج المقدم له طبقاً للمعايير الطبية المرعية والمعترف بها فى الأوساط العلمية .

٧ . ضرورة أخذ موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمى قبل تعرضه لأى بحث إكلينيكى .

٨ . أن يحظى فى حالة الموافقه على الخضوع لإجراء التجارب والبحوث العلميه بشرح كامل لهدف التجربه، على أن يحظر إجراء التجارب على المرضى الخاضعين لقرارات الدخول والعلاج الإلزامى

٩ . حماية سرية المعلومات التى تتعلق به وبملفه الطبى وعدم إفشاء تلك المعلومات لغير الأغراض العلاجيه إلا فى الحالات الأتيه :

- طلب المعلومات من جهه قضائيه.
- وجود إحتمال قوى بحدوث ضرر خطير أو إصابه وخيمه للمريض أو الأخرين .
- حالات الإعتداء على الأطفال أو الشك فى وجود إعتداء.

حق المجلس القومى للصحه النفسيه فى تكوين لجنه فنيه من الأطباء المتخصصين يكون لها الحق فى الإطلاع على سجلات المرضى طبقا للبند رقم ٤ من الماده ٧ من هذا القانون .

١٠ . حماية خصوصياته ومتعلقاته الشخصية ومكان إقامته بالمنشأة .

١١ . الحصول على تقرير طبى كامل عن حالته النفسيه وعن كافة الفحوصات والإجراءات العلاجيه التى تمت له أثناء علاجه بالمستشفى، وفى حالة رغبته فى الحصول على صوره ضوئيه من الملف كاملا أن يلجأ إلى المجلس المختص للصحه النفسيه ويجوز للمجلس حجب هذا الحق مؤقتا لأسباب علاجيه ويحق للمريض التظلم من هذا الإجراء طبقا لأحكام هذا القانون ولائحته التنفيذيه .

١٢ . التظلم من أى إجراء وفقاً للقواعد والإجراءات التى تحددها اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

١٣ . مقابلة زائريه أو رفض مقابلتهم ما لم تتعارض المقابلة مع الخطة العلاجية .

١٤ . تمكينه من مقابلة محاميه .

١٥ . الحصول على أجازات علاجية طبقاً للخطة العلاجية الموضوعة له .

١٦ . طلب الخروج من المنشأة دون مصاحبة أحد من ذويه متى انتهت فترة دخوله إلزاميا بعد الحصول على خطه لرعايته نفسيا بعد الخروج، وذلك مع مراعاة رعايته إجتماعيا .

١٧ . الحماية من الاستغلال الاقتصادى والجنسى ومن الإيذاء الجسدى والنفسى والمعاملة المهينة .

١٨ . الحصول على خدمات الاتصال الداخلى والخارجى وذلك طبقا للخطه العلاجيه المقرره .

فى حالات العلاج الإرادى :

أ . تلقى المعلومات اللازمة لإعطاء موافقة صريحة حرة مستنيرة لكل علاج مقترح من الفريق العلاجى .

ب . رفض العلاج المقدم له على أن يحاط علماً بتأثير هذا الرفض على صحته .

ت . أخذ رأيه فى كل القرارات المتعلقة بعلاجه وخروجه من المنشأة والحصول كتابة من إدارة المنشأة على خطة علاجه وخروجه .

مــــادة (٣٧) :

تلتزم كل منشأة خاضعة لهذا القانون بتسليم المريض وذويه صورة من حقوق المريض المنصوص عليها فى المادة السابقة عند دخول المنشأة وذلك مع إيداع نسخة من هذه الحقوق بملفه الطبى وأخرى بالسجلات الطبية بعد التوقيع عليهما من المريض . كما تلتزم بوضع نسخة من تلك الحقوق فى أماكن ظاهرة ليطلع عليها المرضى والزائرون ، وتلتزم إدارة المنشأة بإيضاح هذه الحقوق لكل مريض عند الدخول وكذلك إيضاح إجراءات التظلم ، وكيفية تقديم الشكاوى والجهة المنوط بها استلامها وذلك طبقا لما تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون.

مــــادة (٣٨) :

تشكل بكل منشأة من منشأت الصحه النفسيه لجنة لرعاية حقوق المرضى بقرار من مدير المنشأة على النحو التالى :-

١ . أحد الأطباء النفسيين المسئولين بالمنشأة (رئيساً)

٢ . أحد أهالى المرضى أو أحد أعضاء الجمعيات الأهلية المهتمه بحقوق المرضى.

٣ . أحد الأخصائيين الاجتماعيين بالمنشأة إن وجد.

٤ . ممثل عن المجلس الإقليمى للصحه النفسيه .

٥ . ممثل عن هيئة التمريض

(البنود ٢ – ٥: أعضاء)

وتختص هذه اللجنة برعاية الحقوق المنصوص عليها فى هذا القانون ، وبالقيام بحملات توعية بهذه الحقوق بين المرضى والعاملين ،كما تختص أيضا بتلقى الشكاوى المقدمه من المرضى أو ذويهم والتوجيه بما يلزم ،ويحق لهذه اللجنه تلقى التظلم من قرارات الدخول والعلاج الإلزامى والأوامر العلاجيه ورفعها إلى مجالس الصحه النفسيه ،ويجب على اللجنه تقديم تقرير دورى للمجلس المختص ،وذلك كله على النحو الذى تبينه اللائحه التنفيذيه لهذا القانون .

مـــادة (٣٩) :

لا يجوز لغير أفراد الفريق العلاجى أو القائمين على السجلات الطبية الإطلاع على المستندات الخاصة بالمريض إلا بإذن كتابى منه. كما لا يجوز استخراج صورة منها إلا بإذن من المجلس الإقليمى للصحة النفسية.

مـــادة (٤٠) :

لا يجوز تقييد حرية المريض جسدياً أو عزله بأية وسيلة دون إتباع الإجراءات الفنية التى تحددها اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

الباب السادس

صندوق الصحة النفسية

مـــادة (٤١) :

ينشأ صندوق للصحة النفسية بوزارة الصحة يديره مجلس إدارة يشكل بقرار من الوزير المختص بالصحة على النحو التالى :

١ . الوزير المختص بالصحه أو من ينيبه (رئيسا)

٢ . أمين عام الصحه النفسيه

٣ . رئيس الإدارة المركزية للأمانة العامة بوزارة الصحة

٤ . أحد أعضاء المجلس القومى للصحة النفسية يختاره المجلس

٥ . عضو من الجمعيات الأهلية المهتمة بالصحة النفسية

٦ . أحد الشخصيات العامه المهتمين بالصحه النفسيه .

(البنود من ٣ إلى ٦: أعضاء)

٧ . مراقب مالى بوزارة الصحة .

وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون نظام عمل المجلس وكيفية إصدار قرارته . وللمجلس أن يستعين بمن يراه من ذوى الخبرة .

مـــادة (٤٢) :

تتكون موارد الصندوق من :-

١ . ما يخصص للصندوق من الموازنه العامه للدوله .

٢ . رسوم قيد المنشآت المنصوص عليها بالمادة (٢) من هذا القانون فى سجلات المجلس الإقليمى للصحه النفسيه وذلك بحد أقصى عشرة ألاف جنيه لكل منشأه ويصدر بتحديد الرسم قرار من الوزير المختص بالصحه حسب عدد أسرة المنشأه وتحدد اللائحه التنفيذيه لهذا القانون الشروط والإجراءات اللازمة فى هذا الشأن .

٣ . حصيلة دمغات الصحة النفسية المستحقه على استخراج الشهادات والتقارير الطبية التى تحدد بقرار من الوزير المختص بالصحة وذلك بواقع ثلاثين جنيها عن الشهادة أو التقرير .

٤ . ما يؤدى عن الدخول للعلاج بمنشآت الصحة النفسية والتى تحدد بقرار من الوزير المختص بالصحة بواقع مائة جنيه تسددها المنشآه عن كل حاله دخول للعلاج بها .

٥ . الهبات والوصايا والتبرعات التي يقبلها مجلس إدارة الصندوق .

ويتم الصرف من هذه الحصيلة في الأغراض التالية :-

١ . ٤٠٪ لإجراءات التقييم المستقل .

٢ . ٣٠٪ للتدريب .

٣ . ١٠٪ لعمل حملات توعية عن الصحة النفسية بالمجتمع .

٤ . ١٠٪ دعم لجان حقوق المرضى .

٥ . ٥٪ لبدلات حضور أعضاء مجالس الصحة النفسية .

٦ . ٥٪ حوافز للعاملين بالصحة النفسية .

مـــادة (٤٣) :

يصدر الوزير المختص بالصحة قراراً باللائحة المالية والإدارية لصندوق الصحة النفسية .

الباب السابع

العقوبات

مــــادة (٤٤) :

مع عدم الإخلال بأية عقوبة اشد منصوص عليها فى قانون أخر ، يعاقب على الجرائم الواردة فى هذا القانون بالعقوبات المنصوص عليها من المواد التالية :

مــــادة (٤٥) :

يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز سنتين وبغرامة لا تقل عن خمسة آلاف جنيهاً ولا تزيد على عشرة آلاف جنيهاً أو بإحدى هاتين العقوبتين :

١ . كل طبيب أثبت عمداً فى تقريره ما يخالف الواقع فى شأن الحالة النفسية أو العقليه لأحد الأشخاص بقصد إدخاله المنشأة أو إخراجه منها .

٢ . كل من حجز أو تسبب عمدا فى حجز أحد الأشخاص بصفته مصاباً بأحد الأمراض النفسية أو العقليه فى غير الأمكنة اوالأحوال المنصوص عليها فى هذا القانون .

مــــادة (٤٦) :

يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز ستة أشهر وبغرامة لا تزيد على ثلاثة آلاف جنيها أو بإحدى هاتين العقوبتين :

١ . كل من مكن عمدا شخصاً خاضعاً لإجراءات الدخول أو العلاج الإلزامى من الهرب أو ساعده عليه أو أخفاه بنفسه أو بواسطة غيره مع علمه بذلك .

٢ . كل من حال دون إجراء التفتيش المخول للمجلس القومى للصحة النفسية أو المجلس الإقليمى للصحه النفسيه او من يندبه لذلك طبقاً لأحكام هذا القانون .

٣ . كل من رفض إعطاء معلومات يحتاج إليها المجلس القومى للصحة النفسية أو المجلس الإقليمى للصحه النفسيه او مفتشوها فى أداء مهمتهم أو أعطى معلومات مخالفه للحقيقه مع علمه بذلك .

٤ . كل من أبلغ إحدى الجهات المختصة كذباً مع سوء القصد فى حق أحد الأشخاص بأنه مصاب بمرض نفسى مما نصت عليه أحكام هذا القانون.

مـــــادة (٤٧) :

يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز سنة وبغرامة لا تزيد على خمسة آلاف جنيهاً أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من كان مكلفاً بحراسة أو تمريض أو علاج شخص مصاب بمرض نفسي وأساء معاملته أو أهمله بطريقة من شأنها أن تحدث له آلاما أو أضراراً .

وإذا ترتب على سوء المعاملة مرض أو إصابة أو إعاقه بجسم المريض تكون العقوبة الحبس مدة لا تجاوز ثلاث سنوات.

مـــــادة (٤٨) :

يعاقب بغرامه لا تزيد على عشرة ألاف جنيه كل من خالف حكما من أحكام المواد (١١، ٢٧، ٢٨، ٣٠، ٣٦) من هذا القانون .

مـــــادة (٤٩) :

يعاقب بغرامة لا تقل عن عشرة آلاف جنيه ولا تزيد على عشرين الف جنيه كل من أفشى سرا من أسرار المريض النفسي بالمخالفه لأحكام هذا القانون ،أو أعطاه عمدا أو بإهمال شديد دواء بدون تعليمات الطبيب المختص أو بالمخالفه لتعليماته .

مـــــادة (٥٠) :

يعاقب بغرامه لا تزيد على ثلاثة ألاف جنيه كل من خالف أحكام الماده ٣٧ من هذا القانون.

ويعاقب بغرامه لا تقل عن ثلاثة ألاف جنيه ولا تزيد عن عشرة ألاف جنيه كل من خالف أحكام الماده ٤٠ من هذا القانون .

قانون رقم ١٩٨ لسنة ١٩٥٦

بتنظيم مهنة العلاج النفسي

*** باسم الأمة**

*** مجلس الوزراء**

بعد الإطلاع على الإعلان الدستورى الصادر فى ١٠ من فبراير سنة ١٩٥٣ .

وعلى القرار فى ١٧ من نوفمبر سنة ١٩٥٤ بتخويل مجلس الوزراء سلطات رئيس الجمهورية .

وعلى ما ارتآه مجلس الدولة .

وبناءً على ماعرضه وزير الصحة العمومية .

أصدر القانون الآتى :

مادة ١ – لايجوز لأى شخص أن يزاول مهنة العلاج النفسى ، إلا إذا كان مرخصاً له فى ذلك من وزارة الصحة العمومية .

ويشترط للحصول على هذا الترخيص :

أولاً – أن يكون طالب الترخيص من إحدى الفئات الآتية :

(أ) الحاصلين على دبلوم الأمراض العصبية والعقلية من إحدى الجامعات المصرية.

(ب) الحاصلين على دبلوم من الخارج تعادل الدبلوم المنصوص عليها فى البند السابق ؛ فإن كان أجنبياً.. وجب عليه أداء الامتحان أمام اللجنة المشار إليها فى المادة الثانية .

(جـ) الحاصلين على مؤهل جامعى من الجمهورية المصرية ، أو من الخارج ، وعلى شهادة تخصص فى العلاج النفسى من أحد معاهد العلاج النفسى المعترف بها ، والتى تقرها اللجنة المذكورة .

(د) أن يكون عضواً عاملاً أو منتسباً بإحدى جمعيات العلاج النفسى أو هيئاته المعترف بها فى مصر أو فى الخارج ، والتى تقرها اللجنة المذكورة ، ويكون قد اجتاز امتحاناً أمام هذه اللجنة .

(هـ) الحاصلين على مؤهل عال فى علم النفس من إحدى الجامعات ، أو أحد المعاهد

في مصر أو في الخارج ، وأعدوا أنفسهم للتخصص في العلاج النفسي لمدة سنتين ، على الأقل ، بأحد معاهد العلاج النفسي ، أو بمؤسساته التي تعترف بها اللجنة المذكورة ، أو يكون تحت إشرافها وبعد اجتيازه امتحاناً أمام اللجنة .

ثانياً – ألايكون قد حكم بإدانته في جناية أو جنحة مخلة بالشرف أو ماسة بالكرامة ، أو لجنة مزاولة مهنة الطب ، أو إحدى المهن المرتبطة بها دون ترخيص – وفي هذه الحالة الأخيرة ، لايجوز له أن يتقدم بطلب الترخيص ، قبل مضي خمس سنوات من تاريخ انقضاء العقوبة .

ثالثاً – أن يكون حسن السمعة محمود السيرة ، وتقدر اللجنة المذكورة حالة الطالب من هذه الناحية ولها إذا أردات أن تطلب إيضاحات منه ، أو من أية جهة أخرى ، ويكون قرارها في ذلك نهائياً .

مادة ٢– تشكل اللجنة المشار إليها في المادة السابقة ، على الوجه الآتي :

* وكيل وزارة الصحة الدائم .
* مدير عام مصلحة الصحة العقلية .
* مندوب من مجلس الدولة من درجة نائب على الأقل .
* أستاذ الأمراض العصبية بكلية طب قصر العيني بجامعة القاهرة .
* خمسة أعضاء يختارهم وزير الصحة العمومية لمدة ثلاث سنوات ، قابلة للتجديد أحدهم أستاذ من أساتذة الأمراض الباطنية بكلية الطب جامعة القاهرة، وعلى أن تكون له دراية بالمسائل النفسية .
* أربعة آخرون من الفنيين الأخصائيين في العلاج النفسي .

ويجرى الامتحان بواسطة لجنة فنية خاصة ، تشكل من بين أعضائها ، ويصح أن يضم إليها أعضاء من الخارج عند الاقتضاء ، ويكون تشكيل لجنة الامتحان بقرار من الوزير . وترفع قرارات اللجنة العامة إلى وزير الصحة العمومية ، خلال أسبوع من تاريخ صدورها ، وعليه أن يصدر قراره بالتصديق أو بالرفض ، خلال أسبوعين من تاريخ رفع القرار إليه ، وإلا أصبح القرار نافذاً من تلقاء نفسه .

مادة ٣ – يجب على طالب الترخيص تقديم طلبه إلى وزارة الصحة العمومية، موضحاً فيه الاسم واللقب والجنسية ومحل الإقامة ، ومرفقاً له صحيفة السوابق والمؤهلات الفنية والعلمية الحاصل عليها الطالب .

وعلى قسم الرخص الطبية بالوزارة أن يبعث إلى اللجنة المذكورة جميع البيانات ، المنوه عنها فى المادة الأولى المتعلقة بالطلب .

مادة ٤ – يجب على من يرخص له فى مزاولة مهنة العلاج النفسى أن يحلف أمام اللجنة المذكورة يميناً بأن يؤدى أعمال مهنته بالأمانة ، وأن يحافظ على سر المهنة ، وأن يدفع رسماً مقابل قيد اسمه بجدول المشتغلين بالعلاج النفسى، قدره عشرة جنيهات .

مادة ٥ – يجب على المعالج النفسى أن يخطر وزارة الصحة العمومية بسكنه ومقر عمله خلال شهر من تاريخ حصوله على الترخيص ، وإخطاره بقيد اسمه بجدول المعالجين النفسيين بوزارة الصحة العمومية ، وعليه أيضاً إخطارها بكل تغيير يحصل فى سكنه ، أو مقر عمله خلال شهر من تاريخ حصول هذا التغيير .

مادة ٦ – لايجوز لمن يمنح ترخيصاً في مزاولة مهنة العلاج النفسي وكان من غير الأطباء أن يتولى علاج أية حالة نفسية مصحوبة بأعراض بدنية أو عقلية أو يشتبه في أنها كذلك إلا بعد عرض المريض على طبيب يقوم بفحصه ؛ للتثبت من أن الأعراض التى يشكو منها ، ليست نتيجة علة فى الجسم أو مرض فى العقل ، وعلى الطبيب أن يبعث للمعالج النفسى بتقرير بنتيجة فحصه .

على المعالج النفسى أن يحتفظ بالتقرير إذا ظهر أن الحالة نفسية ، أو تحتاج لعلاج نفسى كجزء متمم للعلاج البدنى أو العقلى ، وتولى علاجها على هذا الاعتبار . وفى هذه الحالة الأخيرة ، يتعين عليه أن يكون على اتصال دائم بالطبيب ، وأن يبادله الرأى فيما يختص باستمرار العلاج النفسى أو قطعه أو إرجائه .

مادة ٧ – إذا كانت الحالة نفسية وطرأت على المريض أعراض جديدة غير التى أثبتها الفحص من قبل بمعرفة الطبيب فعلى المعالج النفسى أن يشير إلى المريض بعرض نفسه على الطبيب للتثبت من حقيقة الأعراض وسببها ، وليس له أن يستمر فى العلاج النفسى إلا بمشورة الطبيب ، كما لو كانت الحالة مستجدة .

وكذلك إذا تبين للمعالج النفسى أن الحالة المعروضة عليه عقلية أو يشتبه فى أنها عقلية .. فإنه يجب أن يتصل بأهل المريض على الفور ؛ لعرضه على طبيب

أخصائى فى الأمراض العقلية ، ولايجوز له أن يستمر فى علاج المريض نفسياً إلا تحت إشراف الطبيب العقلى وبالتعاون معه .

مادة ٨- إذا كان المعالج النفسي غير طبيب فلايجوز له بحال من الأحوال أن يتصدى لتشخيص العلل والآفات الجسمية أو علاجها أو مباشرة أى علاج عضوى ، مما لايجوز لغير الطبيب أن يزاوله ومحظور عليه الكشف على جسم المريض أو النصح إليه بأية وصفات طبية أو دوائية .

مادة ٩- يعاقب بالحبس مدة لاتتجاوز سنتين ، وبغرامة لاتزيد عن مائتى جنيه ، أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من يزاول مهنة العلاج النفسى ، دون أن يكون اسمه مقيداً فى جدول المعالجين النفسيين بوزارة الصحة العمومية ، وفى حالة العود يحكم بالعقوبتين معاً .

مادة ١٠- إذا أخل المعالج النفسى بواجبه ، عرض أمره على اللجنة المذكورة لمحاكمته تأديبياً ، ولها - بعد تحقيق مانسب إليه وسماع أقواله أن توقع عليه أحد الجزاءات التأديبية الآتية - الإنذار أو التوبيخ أو الوقف مدة أقصاها ثلاث سنوات أو سحب الترخيص نهائياً ، ولايكون انعقاد اللجنة صحيحاً فى هذه الحالة الأخيرة ، إلا بحضور سبعة من أعضائها على الأقل .

مادة ١١- استثناءً من أحكام الفقرة من المادة الأولى ، يجوز للأشخاص المشتغلين بالعلاج النفسى حالياً ممن لاتتوافر لديهم هذه المؤهلات ويكونوا قد أمضوا فى ممارسة هذه المهنة خمس سنوات على الأقل أن يتقدموا إلى اللجنة المنصوص عليها فى المادة الثانية خلال سنة من تاريخ صدور هذا القانون ؛ لتنظر فى الترخيص لهم فى الاستمرار فى مزاولة العلاج النفسى ، بعد التثبت من خلوهم من الموانع المنصوص عليها فى الفقرتين ثانياً وثالثاً من المادة المذكورة ، ومن صلاحيتهم فنياً لهذا النوع من العلاج .

مادة ١٢- استثناء من أحكام المواد السابقة الخاصة بامتحان الطالب أمام اللجنة المنصوص عليها فى المادة الثانية ، يجوز لوزير الصحة أن يعفى من هذا الامتحان أساتذة علم النفس بالجامعة أو المعاهد المصرية .

كما يجوز له أن يعفى من هذا الامتحان أساتذة علم النفس السابقون بالجامعات أو المعاهد المصرية أو الأجنبية .

مادة ١٣– **على وزيرى الصحة العمومية والعدل تنفيذ هذا القانون ويعمل به** من تاريخ نشره فى الجريدة الرسمية ولوزير الصحة العمومية إصدار القرارات اللازمة لتنفيذه .

تحريراً بالقاهرة فى ٢ مايو ١٩٥٦ .

ملحق (٣)

قسم الطبيب النفسي

* أقسم بالله العظيم :

* أن أراقب الله فى مهنتى ...

* وأن أصون حياة الإنسان فى كل الأحوال ، باذلاً وسعى فى استنقاذها من المعاناة ، وتهيئتها نحو الأمان النفسى .

* وأن أسعى فى تثبيت قيم المجتمع ومكافحة مايؤدى إلى الضرر الشخصى والعام .

* وأن أحفظ للناس كرامتهم وأستر عوراتهم وأكتم أسرارهم وأعدل بينهم ولاأستغل حاجاتهم .

* وأن أقدم رعايتى الطبنفسية للقريب والبعيد ، والصالح والخاطئ ، والصديق والعدو .

* وألا أتنكر لمعطيات تعلمى الطبنفسى ، ولا أعالج الناس بما حرمه الله عليهم ماكان لى فى ذلك من سبيل .

* وأن أكون صادقاً إذا قلت ، أو كتبت ، أو شهدت ، فلا أدلى بما أعلم أنه مغاير للحقيقة .

* وأن أثابر على طلب العلم وأسخره لنفع الإنسان .

* وأن أوقر من علمنى وأعلم من يصغرنى .

* وأن أكون أخاً لكل زميل فى المهنة الطبية ، متعاوناً على البر ، ومتكاملاً معهم فى شتى فروع الطب .

* وأن تكون حياتى ، فى سرى وعلانيتى ، نقية مما يشينها تجاه الله والناس .

والله على ما أقول شهيد

ملحق (٤)

ميثاق شرف للأطباء النفسيين

*** مقدمة :**

لما كانت مهنة الطب النفسى تتميز بسمات دقيقة ، وظروف متشعبة بعيدة عن الوضوح المباشر .. رأينا أن نبدأ هذا الميثاق بعرض هذه الظروف ، التى تبرز وضع ميثاق خاص (بالإضافة إلى لائحة آداب المهنة) ؛ لتقنين وتوجيه الزملاء فى ممارستهم هذه المهنة الكريمة فى هذه المنطقة الشائكة .

ومن هذه الظروف الخاصة لهذه المهنة مايلى :

(١) أن الأفكار والنظريات والفروض العلمية ، التى تبنى عليها الممارسة العملية ، لم تستقر بعد إذ لم يتفق عليها – نهائياً – سائر المشتغلين بهذا الفرع فى كل أنحاء العالم وبديهى أن اختلاف النظريات ، يترتب عليه اختلاف التطبيق والممارسة .

(٢) أن هذه المهنة مختلطة فى أذهان العامة وبعض المختصين من الزملاء الأطباء فى تخصصات أخرى ، ليست بالضرورة الطبية ، مثل : ممارسة التحليل النفسى والإرشاد النفسى ، وما إلى ذلك .

(٣) أن هذه المهنة متصلة أشد الاتصال بما يهم العامة من مسائل ومشاكل تربوية واجتماعية وأحياناً سياسية ، بما تتناوله وسائل الإعلام بإلحاح متواتر.

(٤) أن هذه المهنة لها جانب قانونى مشكل ، سواء بالنسبة للأضرار لعلاج بعض المرضى دون إرادة صريحة منهم ؛ أو بالنسبة لاتصال دورها بتقليل توافر الجانب المعنوى من أركان الجريمة ، وهو مايختص به فرع الطب النفسى الشرعى ، مع تذكر أنه لايوجد مثل هذا الشخص الدقيق بعد فى مصر .

وعلى ذلك .. فإن ميثاق الشرف لابد أن يوفر من زملاء الأطباء مع مايعينهم على السير ، وسط هذه المحظورات ، بأقل قدر من الارتجال والعشوائية ، وبأكبر قدر من الأمانة والموضوعية .

أولاً : قواعد عامة فى الممارسة الفعلية :

(١) يلتزم كافة الأطباء النفسيين بما ورد فى لائحة آداب المهنة التى أصدرتها نقابة الأطباء ، وقرار وزير الصحة رقم ٢٣٤ لسنة ١٩٧٤ .

(٢) على الطبيب النفسى أن يحترم طبيعة الاختلاف الحتمى فى مفاهيم التشخيص

والعلاج ، وبالتالى يكون أكثر حرصاً فى التعقيب العام ، أو نقد الزملاء أمام المرضى ، أو ذويهم لمجرد اختلاف التناول والتخطيط لأوليات العلاج .

(٣) على الطبيب النفسى أن يحتفظ ما أمكن ذلك فى تسمية المرض بأسماء التشخيصات الدماغية والصريحة ، ليس كتماناً باسم المرض عن المريض . ولكن نظراً لأن أسماء الأمراض النفسية هى مسألة إشكالية مازالت قيد الاختلاف ، بالإضافة إلى أن اسم المرض وحده لايفيد كثيراً فى توقع سير العلاج ، أو التنبؤ بمسار المرض وهذا لايعنى أن نخفى عن المريض ماعنده . ولكن إما أن يصاغ تقرير طبيعة المرض فى شكل كامل ، وإما أن توضع الخطوط العريضة دون التزام بذكر تشخيص واحد فى كلمة واحدة ، قد تصبح معوقة للعلاج ، أكثر منها مساعدة فى البصيرة .

(٤) على الطبيب النفسى أن يوضح للمريض (أو أهله) – ما أمكن ذلك – الغرض العلمى أو العلاجى من الفحوصات المعملية التى يقترحها ، ما أمكن ذلك .

(٥) إذا رأى الطبيب أن يحيل المريض إلى طبيبه السابق ، أو أن يقر أسلوب علاج سبق .. فإن من طبيعة مرضانا أن يقدروا هذه الخطوة . ومن طبيعة هذه الخطوة أن توثق العلاقة بين الزملاء ، فلاينتقدوا مرحلة إيجابية سابقة لمجرد الرغبة فى التغيير ؛ خاصة إذ تشابهت العلاجات تماماً .

ثانياً : التزامات خاصة بالعلاقات العامة :

(١) على الطبيب النفسى أن يشترط فيما يصرح به لوسائل الإعلام أن يلتزموا بنص عبارته ، دون حذف أو زيادة ؛ لأن كثيراً من الأخطاء والتشويش يحدث نتيجة لسوء النقل والتصرف دون إذن (ويمكن فى ذلك أن نوصى بإبلاغ الجمعية ، أو نقابة الصحفيين بأى تحريف ، للمسارعة بتكذيب مانشر دون إحراج الزميل بصفة شخصية) ، هذا إذا أراد الزميل ألا يتولى التكذيب شخصياً .

(٢) على الزميل أن يتحرى الدقة ، والتمييز ، والموضوعية ، والأصالة فيما يدلى به من تصريحات ؛ بحيث لاتتساوى الأقوال مع النصائح العامة ، التى يمكن أن يدلى بها شخص غير متخصص ، أو شخص عادى من عامة الناس ، دون حاجة إلى تخصص ؛ حتى يصبح لنا – كأطباء متخصصين – مايميزنا .

(٣) على الزميل أن يستوثق من المعلومات التى تصله ، قبل أن يفتى فيها برأى

دامغ ، فقد تصله معلومات ناقصة أو مشوهة .. فيسارع باعتبارها نهائية ويبنى عليها رأيه .

(٤) على الزميل أن يستعمل أسلوباً علمياً يشمل الترجيح ، والنظر فى الاحتمالات بدلاً من التأكيد وإرسال العبارات المطلقة دون تحفظ .

(٥) بالنسبة لإبداء الرأى فيما يتعلق بالمسئولية الجنائية ، يتحتم على الطبيب ألا يدلى برأى دامغ فى حالة ، ليس عنده من المعلومات عنها مايكفى لذلك ، وخاصة إذا استقى معلوماته مما سبق نشره فى الصحف فحسب ؛ خاصة إذا كانت القضية مازالت فى ساحة القضاء ، لم يبت فيها بالرأى النهائى .. فإذا اضطر لإبداء الرأى ، فيبديه كقضية عامة (وليس متعلقاً بحالة بذاتها) أو فليضع شروطاً لرأيه .

(٦) بالنسبة لإبداء الرأى فى استعمال جهاز فحص بذاته ، أو عقار بذاته ، ينبغى أن يتحرى الطبيب الحقائق الموضوعية بهذا الشأن ، حتى لايصبح – بقصد أو بغير قصد – أداة لغرض دعائى لجهاز أو عقار أو مؤسسة بما لايتفق مع تقاليد المهنة.

(٧) على الطبيب أن يتأكد من استعمال اسمه كمسئول علمى أو مشرف علمى على بعض الأعمال الدرامية ؛ إذ لابد أن يتحرى ، وأن يوقع على الصورة النهائية للسيناريو أو التسجيل ؛ حتى لايستغل فيما لم يوافق عليه أصلاً .

(٨) إذا كان للطبيب آراء خاصة فى المسائل العامة (سياسة أو غير ذلك) .. فعليه أن يوضح الصفة التى يتحدث بها كانت من واقع تخصصه ، أم هى صفة المواطن المشارك – مثله مثل سائر المواطنين – دون لقب أو وظيفة أو تخصص يوحى بغير ذلك .

(٩) على الزميل الذى يتولى الإعداد لمؤتمر أو ندوة فى التخصص ، أن يخطر الجمعية بها جملةً وتفصيلاً ، لتنظيم الإسهام فيها ، أو الإعلان عنها ، أو تعديل بعض فقراتها بما يتفق مع الأهداف العامة للمهنة .

(١٠) على الزميل المتحدث عن مؤتمر ما أو بحث ما ، أن يحيل المسائل الأساسية والجوهرية والإدارية إلى المسئول الرسمى عن هذا المؤتمر أو الندوة؛ حتى لاتتداخل وتتعارض الآراء بما يشوش العامة ويشوه المهنة .

ثالثاً : ترتيبات منظمة :

(١) بمجرد توزيع هذا الميثاق يصبح ملزماً للكافة .

(٢) من حق رئيس الجمعية – أو أحد أعضاء مجلس الإدارة – أن يقوم بالتنبيه على العضو المخالف بما يرى ، وأن يكون التصحيح متى أمكن ذلك ، بواسطة العضو نفسه أولاً .

(٣) إذا حدث – لاقدر الله – أن العضو المتجاوز لم يقر ماقيل بشأنه ؛ فيمكن له يشكل لجنة هادفة من بعض الزملاء ؛ للنظر فى هذا الاختلاف ، ويختار أحد أفرادها العضو المخالف (ولانرى أن يسمى هذا تحقيقاً) .

(٤) إذا أقرت اللجنة أن ثمة تجاوزاً ، يطلب من العضو متفضلاً أن يصلح الموقف شخصياً .

(٥) إذا لم يفعل العضو المتجاوز ، فمن حق رئيس الجمعية ، مفوضاً مجلس إدارتها (المفوض بالتالى من جمعيتها العمومية) :

أولاً : أن يقوم بتصحيح الوضع على المستوى العام (إن كانت المسألة عامة) .

ثانياً : أن يقوم بتنبيه العضو بخطاب رسمى بوجهة النظر التى تم إقرارها .

ثالثاً : أن يقوم بمتابعة عدم العودة إلى ذلك .

وأخيراً .. إذا لزم الأمر ، يدعو مجلس الإدارة للنظر فى العقوبات المحتملة أدبياً وفعلياً .

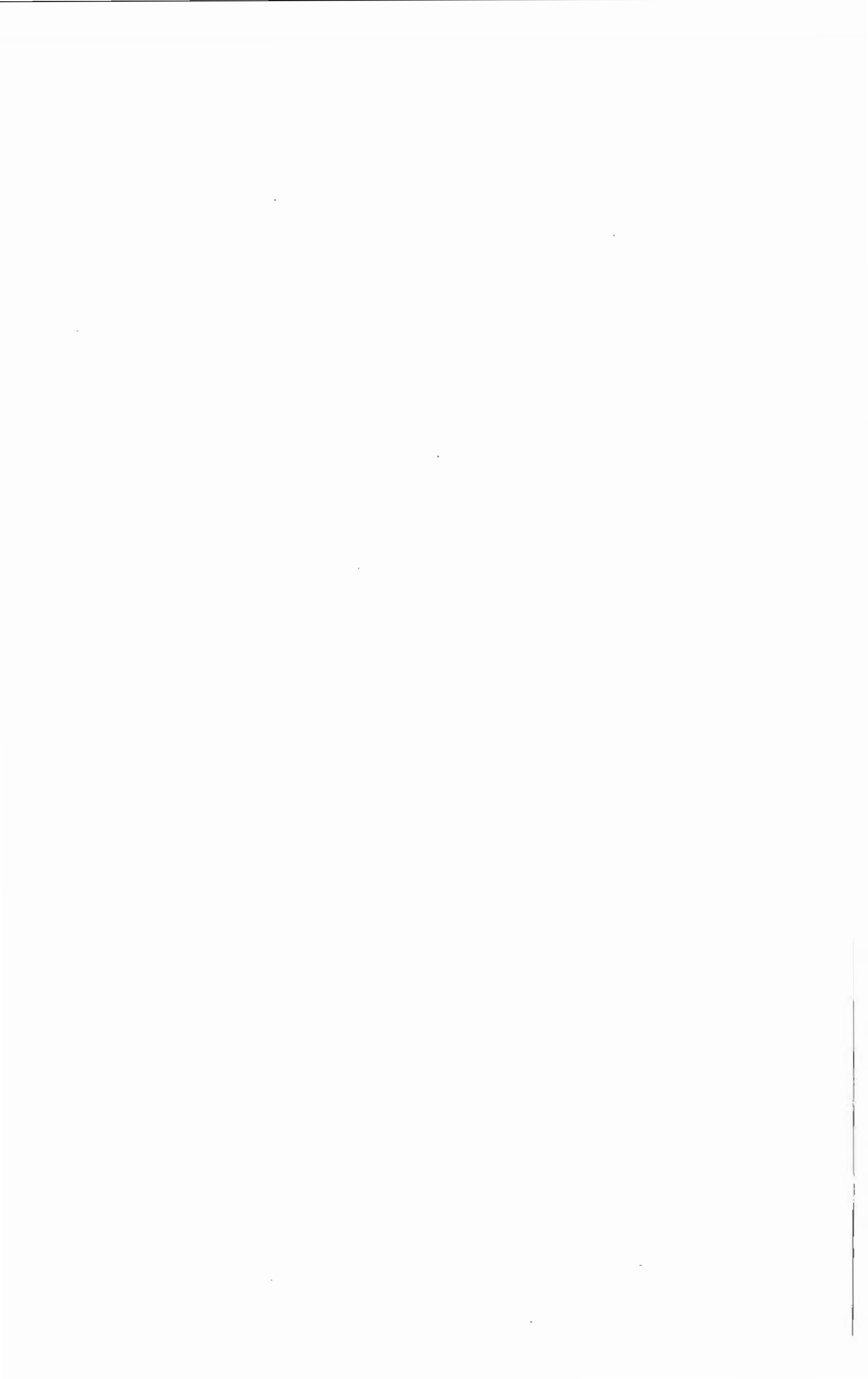
رئيس الجمعية المصرية للطب النفسى

الأستاذ الدكتور/أحمد عكاشه

المراجع

أولاً: المراجع العـربيــة.

ثانياً: المراجع الأجنبيـة.



أولاً : المراجع العربية

(١) الطب النفسى الشرعى، د/ محمد كامل الخولى – دار الكاتب العربى ١٩٧٤ .

(٢) الاستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر– المجلس القومى لمكافحه وعلاج الإدمان – لجنه المستشارين العلميين ٢٠٠٨ .

(٣) الإدمان له علاج، أ.د/ أحمد عكاشه -- سلسله كتب للجميع ١٩٨٥ .

(٤) التشريح النفسى للشخصيه المصريه، أ.د. / أحمد عكاشه – دار الشروق – الطبعه الثالثه ٢٠٠٩ .

(٥) التصنيف العالمى للاضطرابات العقليه والسلوكيه، هيئه الصحه العالميه ١٩٩٢ ، الترجمه العربيه أ.د./ أحمد عكاشه ، د/ عايدة سيف الدوله، د/ محمد رفعت الفقى.

(٦) الطب النفسى المعاصر ، أ.د./ أحمد عكاشه – مكتبه الأنجلو المصريه – الطبعه الثانيه عشر ٢٠٠٩ .

(٧) الطب النفسى والقضاء فى أسس الطب النفسى الشرعى، د/ قتيبه سالم – تقديم أ.د./ أحمد عكاشه– مكتبه الأنجلو المصريه ١٩٩٤ .

(٨) العقاقير النفسيه، أ.د/ أحمد عكاشه – مكتبه الأنجلو المصريه ٢٠٠١ .

(٩) العلاج النفسى وتطبيقاته فى المجتمع العربى، د/ قتيبه الحلبى، د/ فهد اليحيا– الدار الإعلاميه للنشر ٢٠٠٣ .

(١٠) العلوم السلوكيه، أ.د/ أحمد عكاشه – مكتبه الأنجلو المصريه ١٩٨٤ .

(١١) الفقه الإسلامى – المدخل ونظريه العقد، د. أحمد عيسوى عيسوى – مطبعه دار التأليف ١٩٦١

(١٢) المرجع فى علم النفس ، د/ سعد جلال – مكتبه المعارف الحديثه ١٩٨٥ .

(١٣) المسئوليه الجنائيه للمريض العقلى، د/ السيد أحمد على القط – تقديم د/ محمد شعلان ١٩٩٨ .

(١٤) المعجم النفيس – عربى/فرنسى/انجليزى، سليم عمار، أحمد دياب، أنور الجرايه– منشورات جيم بتونس ١٩٩٤ .

(١٥) الموت اختياراً، د/ فخرى الدباغ – دار الطليعه ببيروت ١٩٨٦ .

(١٦) الموجز فى تاريخ الطب والصيدله عند العرب، د/ محمد كامل حسين- المنظمه العربيه للتربيه والثقافه والعلوم ١٩٦٨ .

(١٧) الموسوعه المختصرة فى علم النفس والطب العقلى، د/وليم الخولى – دار المعارف ١٩٧٦ .

(١٨) الندوة القوميه لمكافحه المخدرات وعلاج الإدمان – المجلس القومى لمكافحه وعلاج الإدمان – لجنه المستشارين العلميين ١٩٩٤ .

(١٩) أصول الطب النفسى، د/ فخرى الدباغ – دار الطليعه ببيروت ١٩٨٣ .

(٢٠) أفاق فى الإبداع الفنى ورؤيه نفسيه ، أ.د/ أحمد عكاشه – دار الشروق ٢٠٠٢ .

(٢١) إجابات نخشاها، أ.د./ أحمد عكاشه – مكتبه غريب ١٩٧٧ .

(٢٢) إدارة البحث وحقله فى دراسه الطفوله والجنون، د. يحى الرخاوى – دار عطوه للطباعه ١٩٨٠ .

(٢٣) تصوف للبيع، د/ محمد شعلان – دار العربى للنشر والتوزيع ١٩٧٩ .

(٢٤) عاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات ، د/ مصطفى سويف – المركز القومى للبحوث الاجتماعيه والجنائيه ١٩٩٥ .

(٢٥) ثقوب فى الضمير، أ.د/ أحمد عكاشه – دار الشروق– الطبعه الثامنه ٢٠٠٩ .

(٢٦) جنون الفصام، د/ أحمد فايق – دار المعارف ١٩٦١ .

(٢٧) حيرة طبيب نفسى ، د/ يحى الرخاوى – دار الغد للثقافة والنشر ١٩٧٢ .

(٢٨) دليل تشخيص الأمراض النفسيه ، جمعيه الطب النفسى التطورى والعمل الجماعى ١٩٧٩ .

(٢٩) دور العرب والمسلمين فى العلوم العصبيه، أ.د. / أشرف الكردى – مركز الأبحاث ومكتب المعلومات الطبيه بمستشفى الملك فيصل التخصصى – الرياض ١٩٩٧ .

(٣٠) سيكولوجيه الشخصيه، د. أحمد فرح – مطبعه جامعه عين شمس ١٩٨٠ .

(٣١) سيكولوجيه تعاطى الأفيون ومشتقاته، د. سعد المغربى – الهيئه المصريه العامه للكتاب ١٩٨٦ .

(٣٢) طب الرازى، دراسه وتحليل لكتاب الحاوى ، د/ محمد كامل حسن، د/ محمد عبد الحليم العقبى – المنظمه العربيه للتربيه والثقافه والعلوم ١٩٧٧ .

(٣٣) عذابك له دواء، أ.د/ أحمد عكاشه – دار المعلم للنشر ببيروت ١٩٧٣ .

(٣٤) علاج الليثيوم ، أ.د/ أحمد عكاشه – دار المعارف ١٩٨٥ .

(٣٥) علم النفس الإكلينيكى، د. لويس كامل مليكه – الهيئه المصريه العامه للكتاب ١٩٨٠ .

(٣٦) علم النفس الحديث ، د/ مصطفى سويف – مكتبه الأنجلو المصريه ١٩٧٨ .

(٣٧) علم النفس العام، د/ عبد الحليم محمد السيد وأخرون – دار أتون للنشر– الطبعه الثالثه ١٩٩٠ .

(٣٨) علم النفس الفسيولوجى ، د/ أحمد عكاشه – مكتبه الأنجلو المصريه – الطبعه الثانيه عشر ٢٠٠٨ .

(٣٩) فى بيتنا مدمن، أ.د./ أحمد عكاشه– وزارة الثقافه ١٩٨٨ .

(٤٠) قصه الطب عند العرب، د/ أحمد حسنين القرنى – مطابع الدار القوميه ١٩٦٦ .

(٤١) لمحات من تاريخ الطب القديم ، د/ أمينه صبرى مراد – مكتبه النصر الحديثه ١٩٨٢ .

(٤٢) ليوناردو دافنشى ، تحليل وترجمه أ.د/ أحمد عكاشه – مكتبه الأنجلو المصريه – الطبعه الثانيه ٢٠٠٨ .

(٤٣) مبادئ الأمراض النفسيه، د/ عمر شاهين ، د/ يحى الرخاوى – مكتبه النصر الحديث ١٩٦٥ .

(٤٤) محاضرات فى تاريخ الطب العربى ، د/ أبو شادى الرونى – دار المريخ للنشر ١٩٨٨ .

(٤٥) محاضرة فى الاكتئاب النفسى، د/ مصطفى زيور – دار النهضه العربيه للطباعه والنشر ١٩٨٦ .

(٤٦) محاوله فى تفسير الشعور بالعداوة، د. سيد عويس – دار الكتاب العربى للطباعه والنشر ١٩٦٨ .

(٤٧) مرجع فى علم النفس الإكلينيكى، د/ مصطفى سويف وأخرون – دار المعارف ١٩٨٥ .

(٤٨) مشكله الإنتحار، د/ مكرم سمعان – دار المعارف ١٩٩٨ .

(٤٩) مقدمه فى العلاج الجمعى، د/ يحى الرخاوى – دار الغد للثقافه ١٩٧٨ .

(٥٠) ملامح الاستراتيجيه القوميه لمواجهه مشكله المخدرات فى مصر – الجلس القومى لمكافحه المخدرات – المركز القومى للبحوث الاجتماعيه والجنائيه ٢٠٠٨ .

(٥١) من الفراعنه إلى عصر الذرة – سطور فى قصه الصحه النفسيه فى مصر، د. صبرى جرجس – دار الكتاب العربى للطباعه والنشر ١٩٧٦ .

(٥٢) نحن والعلوم الإنسانيه، د/ مصطفى سويف – مكتبه الأنجلو المصريه ١٩٦٩ .

(٥٣) نظريات الشخصيه – كالفين هول– ليندزى، ترجمه د/ فرج أحمد فرج، د/قدرى حفنى، د/ لطفى فطيم – الهيئه المصريه العامه للتأليف والنشر ١٩٧١ .

ثانياً : المراجع والمصادر الأجنبية

1 - Abd El Naby. S and Okasha. A, Psychosis in Egyptian pellagrins. Med J of Cairo Univ. vol. XXXII, No. 3&4, 1964.pp.325-335

2 -Abd El Naby. S , Khalil S. Kayad , Okasha. A , Abdel Hady. M , Madkour. O and Montasser. N.M, Clinical and electromyographic studies in leprotic facial affection. E J Neurol Psychiat Neurosurg, vol. V, No 1&2, 1964. Pp. 20-32

3 - Abd El Naby. S, Okasha .A and Abo El Magd. M.F., Side effects from reserpine therapy in Egyptian psychotics: E.J.Neurol. Psychiat. Neurosurg. Vol. IV, No. 1 & 2, 1963, pp.57-69

4 - Abd El Naby. S, Okasha. A, Fahmi. T & Habib. Y.A, Studies on the effects of oestradiol dipropionate in insulin coma therapy in different types of schizophrenia. E J Neurol Psych Neurosurg, vol. V, No. 1&2, 1964.pp. 11-19

5 - Abdel Ghany O., Bishry Z., Lotaif F., Sadek A., Ashour A., Moustafa M. And Okasha. A, Mental disorders in brain tumors. Egypt. J. Psych., 1981. Vol. 4, no. 1,pp 247-262

6 - Abdel Halim M.S., Abdel Fattah A.H., Abdel Hafize S., Mahmoud S., Okasha. A. and Khadiga Ragheb, Effects of Maprotiline, Nomifensil and Trazodone, GABA Turnover in the limbic system. Egyptian of psychiatry Vol 16: 37 ?46, 1993

7 - "American Psychiatric Association (1986) ""Diagnostic and Statistical Manual of Mental DSM - IIIR"".-DSMIV - (1994) American Psychiatric Press."

8 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

9 - American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2006. Washington: American Psychiatric Association, 2006.

10 - Ancill, R. and Lader, M. (1995) : Clinical Psychiatry. Pharmacological management of chronic psychiatric disorders. Bailliere Tindall.

11 - "And incidence of major depressive episode in a community sample. J Abnorm Psychol 1999;108:674-8."

12 - "Andreason N. C. et al. (1986) ""Structural abnormalities in frontal system in Schizophrenia : a magnetic resonance imaging study"" Arch.Gen. Psychiatry."

13 - "Andreason N.C. (1982) ""Negative V Positive Schizophrenia"" Arch. Gen. Psychiatry 39, 789."

14 - Andreason, N. and Black, D. (1995) : Introductory Textbook of Psychiatry. American Psychiatric Press.

15 - Asaad T., Okasha T., Okasha A., Sleep EEG Finding in ICD-10 Borderline Personality Disorder in Egypt, Journal of Affective Disorders, 71 (2000) 11 -18.

16 - Ashour A., Okasha. A, Sadek A., Hambali M., Lotaif F. And Bishry Z., Portrait of old people in Cairo hostels: a morbidity prevalence survey and some empirical correlation. Egypt. J. Psych., 1982 vol. 5, no. 1,

17 - Ashour A., Okasha. A, Sayed F., Lotaif F. And Kamel M., The elderly females in Abbassia mental hospital: A survey and prospects of relocation. Egypt. J. Psych., 1983 vol. 6, no.1, pp 1-16.

18 - Baasher, T. (1975) The Arab Countries. In Howells, T. G. (ed.) World History of Psychiatry, N. Y.m London, churchill Livingstone.

19 - "Bancroft, J.H.J. (1974) ""Sexual Dysfunction in men ""Medicine series 30, 1979."

20 - "Bateson G. (1972) ""Steps to an Ecology of Mind"" (Collected Essays) London, Paladin."

21 - "Bateson G., Jackson B.D. Haley J. et al. (1956) Towards a Theory of Schizophrenia"". Behav Sci. 1, 251."

22 - "Beaumont J. G. (1983) " "Introduction to Neuropsychology" "Oxford, Blackwell."

23 - Bebbington P. and Knipers L. (1983) Social Management of Schizophrenia Brit. J. Hosp. Med/28,396.

24 - "Bebbington, P. E. (1978) ""The Epidemiology of Depressive Disorder"" . Cult Med. Psychiatry 3, 297-341."

25 -"Berne S. (1964) : " "Games People Play "" N/Y Grove Press."

26 - "Bird J.M., et al. (1985) ""Computerized brain imaging in Psychiatry"" Ann. R. Coll. Psych. Canada 18."

27 - "Blanchard JJ, Cohen AS. The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. Schizophr Bull 2006;32:238-45."

28 - "Bleuler E. (1911) ""Dementia Praecox or the group of Schizophrenias"" (Zinhin L. Transl.) N/Y International Uni. Press."

29 - Block S. (1979) Assessment of Patients for Psychotherapy. Brit. J. Psychiatry 135, 193.

30 - Blueglass, R. and Bowden, P. (1995) : Principles and Practice of Forensic Psychiatry - Churchil Livingstone.

31 - "Bluglass, R. (1979) ""The Psychiatric Assessment of Homicide"" Brit. J. Hosp. Med. 22,366."

32 - "Bobes J, Arango C, Aranda P et al. Cardiovascular and metabol-

ic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: Results of the CLAMORS Study. Schizophr Res 2007;90:162-73."

33 - "Bowden P. (1978) ""Rape"" Brit. J. Hosp. Med. 20, 286."

34 - "Bowlby J. (1977) ""Te Making and Breaking of Affectional Bonds: I Aetiology and Psychotherapy. Brit. J. Psychiat. 130,201."

35 - "Brockington I.F., Kendell R.E. and Leff J.P. (1978) ""Definitions of Schizophrenia "" Concordance and Prediction of Out come Psychl. Med. 8,387."

36 - Brockington I.F., Leff J.P. (1979) Schizoaffective Psychoses Definitions and Incidence. Psychol. Med. 9,91.

37 - Brown G.M. (1979) Life Events, Psychiatric Disorder and Physical Illness. J. Psychosom Res. 23,461.

38 - "Brown J. A. C. (1961) ""Freud and the Post Freudians"" Harmondsworth, Penguin "

39 - "Buchanan RW, Javitt DC, Marder SR et al. The Cognitive and Negative Symptoms in Schizophrenia Trial (CONSIST): the efficacy of glutamatergic agents for negative symptoms and cognitive impairments.Am J Psychiatry 2007;164:1593-602."

40 - Carney M. W. P., Roth M. and Carside R. F. (1965) The Diagnosis of Depression Syndrome and the Prediction of ECT, Response. Brit. J. Psychiat. 111, 659 .

41 - "Carpenter WT. Deconstructing and reconstructing illness syndromes associated with psychosis. World Psychiatry 2007;6:92-3."

42 - Clark, D., and Fairburn C. (1997) : Science and Practice of cognitive behaviour therapy. Oxford University Press .

43 - Cole M., (1985) Sex Therapy - A Critical Appraisal. Brit. J. Psychiatry 147-337.

44 - Connolly J. (1974) Stress and Coronary Artery Disease. Brit. J.Hosp. Med. 11,297.

45 - Copeland, J., Abou-Saleh, M., Blager, P., (1994) : Principles and Practice Geriatric Psychiatry - John Wiley and Sons.

46 - "Coryell W, Turvey C, Endicott J et al. Bipolar I affective disorder: predictors of outcome after 15 years. J Affect Disord 1998;50:109- 16."

47 - "Craft., (ed) (1979) ""Tredgold's Mental Retardation"", 12th ed.London, Bailliere Tindall."

48 - Crammer J., Barraclough B. and Heine B. (1978) The Use of Drugs in Psychiatry. London, Caskell.

49 - Crow T. J. (1979) Thr Scientific Status of Electroconvulsive Therapy. Psychol. Med. 20,532.

50 - Crow T.J. (1978) The Biochemistry of Schizophrenia, Brit. J.Hosp. Med. 20, 532.

51 - Crow T.J. et al. (1980) Schizophrenia and Cerebral Atrophy Lanced, 1129.

52 - Crown S., (1981) Psychotherapy Research Today. Brit. J. Hosp.Med. 25,492.

53 - Cutting J. (1980) Physical Illness and Psychosis. Brit. J. Psychiatry 136, 109.

54 - Cutting J. (1985) The Psychology of Schizophrenia. Edinburgh,Churchil Livingstone.

55 - Cutting J. (ed.) (1983) Schizophrenic Deterioration. Brit. J. Psychiatry 143, 77.

56 - Demerdash A., Lotaif F., Bishry Z., Ashour A. And Okasha. A, A cross-cultural study of cases of functional sexual disorders among Arabs. Egypt. J. Psychiat.,1978. Vol. 1, no. 1 pp 51-56

57 - Dickstein, L., Riba, M. Oldham, J. (1996) : Review of Psychiatry Vol. 15- American Psychiatric Press. INC.

58 - Dickstein, L., Riba, M., and Oldham, J., (1997) : Review of Psychiatry Volume 16-, American Psychiatric Press.

59 - Ebbell, B. 2. A.S (1962) Translation of Papyrus of Heart. 62, P.14-16-71.

60 - Edwards J, McGorry PD. Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services. London: Dunitz, 2002.

61 - El-Islam, M.F. (1979) A Better Outlook of Schizophernics Living in Extended Families. Brit. J. Psychiatric. 135-343.

62 - El-Sherbini, O.H. (1975) Study of Family Structure in Egyptian Schizophrenics. M.D. Thesis Presented to the Faculty of Medicine, Tanta University.

63 - First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID). Washington: American Psychiatric Press, 1997.

64 - "First MB. The reliability of psychiatric diagnoses: counterpoint ? There isn?t enough evidence available to speculate on the reliability of diagnoses in clinical settings. Psychiatry 2007;4:22-5."

65 - Fished C. (1984) Psychiatric Aspects of Shoplifting. Brit. J. Hosp. Med. 31,209.

66 - "Fleischhacker W, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. J Clin Psychiatry 2008;69:514-9."

67 - Flor-Henry, P. (1972) Epilepsy and Psychopathology. In Grandville-Crossman K.L. (ed.) Recent Advances in Clinical Psychiatry-2. Edinburgh, Churchil Livingstone

68 - "Fordham F. (1953) ""An Introduction to Jung's Psychiatry"". Harmondsworth, Penguin."

69 - Freeman C.P.I. (1979) Electroconvulsive Therapy, Its Current Clinical Use. Brit. G. Hosp. Med. 21,281.

70 - Freud S. (1900) The Interpretation of Dreams. Standard ed. Vols.4 and 5. London, Hogarth.

71 - Gabbard, G., (1995) : Treatment of Psychiatric Disorders, Vol. I and II. American Psychiatric Press.

72 - "Galderisi S, Maj M, Kirkpatrick B et al. Catechol-O-methyltransferase Val158Met polymorphism in schizophrenia: associations with cognitive and motor impairment. Neuropsychobiology 2005; 52:83-9."

73 - "Galderisi S, Maj M, Mucci A et al. Historical, psychopathological, neurological and neuropsychological aspects of deficit schizophrenia: a multicenter study. Am J Psychiatry 2002;159:983-90."

74 - "Galderisi S, Quarantelli M, Volpe U et al. Patterns of structural MRI abnormalities in deficit and non-deficit schizophrenia. Schizophr Bull 2008;34:393-401."

75 - Ghalliongy, P. (1963) Magic and Medical Science in Ancient Egypt. Hodder and Stoughton.

76 - "Gibbens T.C.N. (1971) ""Female Offenders"". Brit. J. Hosp. Med.6, 279."

77 - Giller, E. and Weisaeth, L. (1996): Clinical Psychiatry. Post traumatic stress disorder-Bailliere Tindall.

78 - Gomes-Schwartz, B. (1982) Negative Change Induced by Psychotherapy. Brie. J. Hbsp. Med. 28,284.

79 - Gottensman, I.I. and Shields, J. (1972) Schizophrenia and Genetics A Twin Study, Vantage Point N/Y Academic Press.

80 - Graham P. (1976) Management in Child Psychiatry : Recent Trends. Brit. J. Psychiatry, 129, 97.

81 - Gree, W.H., (1995) : Child and adolescent clinincal Psychopharmacology. Williams and Wilkins.

82 - "Hafner H, Maurer K. Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. World Psychiatry 2006;5: 130-8."

83 - Halbreich, U. (1996) : Clinical Psychiatry. Psychiatric Issues in Women. Bailliere Tindall.

84 - Hales, R., Yodosky (1996) : Synopsis of Psychiatry. American Psychiatric Press.

85 - "Hamilton J.R. (1981) ""Diminished Responsibility"". Brit. J. Psychiat. 138,434"

86 - Helmchen H. and Okasha A., From the Hawaii declaration to the Declaration of Madrid. Acta psychiatric Scand. 2000: 101: 20-23

87 - Heston L. and Denny D. (1968) Interaction Between Early Life Experience and Biological Factors in Schizoprenics.

88 - Heyman RE, Slep AMS. Relational diagnoses: from reliable rationally- derived criteria to testable taxonic hypotheses. In: Beach SRH, Wamboldt M, Kaslow N et al (eds). Relational processes and DSM-V: neuroscience, assessment, prevention, and treatment. Washington: American Psychiatric Press, 2006:139-56.

89 - Hobson R. F. (1953) Prognostic Factors in Electric Convulsive Therapy. J. Neurol Neurosurg. Psychiatry 16, 275.

90 - Hoening J. (1983) The Concept of Schizophrenia : KraeplinBicur-Schneider. Brit. J. Psychiatry 142-547.

91 - Holaris, A. (1997) : Clinical Psychiatry Sexual Dysfunctions.Bailliere Tindall.

92 - Hollister L.E. (1978) Clinical Pharmacology of Psychotherapeutic Drugs. New York. Churchil Livingstone.

93 - Huber S. J. and Poulson G. W. (1985) The Concept of Subcortical Dementia. Am. J. Psychiatry 142-1312

94 - In : Rosenthal D. and Kety S.S (eds.) The Transmission of Schizophrenia. Oxford, Pergamon.

95 - Johnstone E. C, Crow T.J., Firth CD. et al. (1978) The Dementia Praecox. Acta Psychiatric Scand. 57,305

96 - "Jones SH, Thornicroft G, Coffey M et al. A brief mental health outcome scale - reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). Br J Psychiatry 1995;166:654-9."

97 - "Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. Lancet 2008;371:1085-97."

98 - Kamel M., Bahnassy A.F., Bishry Z., Abdallah H., Okasha. A and Mamoon M., A combined psychiatric and surgical study of duodenal ulcer in Egyptians and its postoperative consequences. Egypt. J. Gastroenterol. 1975, vol. 8, no. 16-18,pp 3-26

99 - Kamel M., Sadek A., Lotaif F., Bishry Z. And Okasha. A, Correlation between serum and salivary lithium levels. Egypt. J. Psych., 1981 vol. 4, no. 2, 1 Pp 231-246

100 - Kamel M., Sawsan H. Hamza, Zeinab Bishry, Okasha. A, Hassanein R.R. and Saira Fahmy, Laboratory and histochemical study of weight gain after amitriptyline. Ain Shams Med. J., 1977.vol. 28, no. 1 & 2, pp 63-67

101 - Kamel M., Zeinab Bishry ; Okasha A., Preliminary psychiatric observations in Libya. Psychopathologie Africaine, vol. ix, no. 3, 1973. Pp 371-387

102 - Kaplan H.S. (1978) The New Sex Therapy. London, Peregine.

103 - Kaplan, H. and Sadock, B., (1995) : Comprehensive Textbook of Psychiatry 6th ed. Williams and Wilkins.

104 - "Keefe RSE. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? World Psychiatry 2008;7:22-8"

105 - Kendell R. and Zeally, A., (1993) : Companion to Psychiatric studies (5th edition) Churchil Livingstone.

106 - Kendell R.E. (1976) The Classification of Depression : A view of Contemporary Confusion. Brit. J. Psychiatry, 129, 15.

107 - "Kendler KS, Hettema JM, Butera F et al. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. Arch Gen Psychiatry 2003;60:789-96."

108 - Kiloh L, G. (2975) Psychiatric Disturbances of Organic Origin.Medicine (series 2) 10, 309.

109 - Kinsey A.C. Pomeroy W.B. and Martin C.E. (1953) Sexual Behaviour in the Human Female, Philadelphia, Saunders

110 - Kinsey A.C. Pomeroy W.B. and Martin C.E. (1984) Sexual Behaviour in the Human Male. Philadelphia. Saunders.

111 - "Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE et al. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2001;58:165-71."

112 - Kupfer DJ, First MB, Regier DE. Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). A research agenda for DSM?V. Washington: American Psychiatric Association, 2002:xv?xxiii.

113 - "Large M, Farooq S, Nielssen O. Duration of untreated psychosis in low and middle income economies: the relationship between GDP and DUP. Br J Psychiatry 2008;193:272-8."

114 - Leonard, B. (1997) : Fundamentals of Psycho Pharmacology.John Wiley and sons.

115 - "Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. Acta Psychiatr Scand 2007;116:317-33."

116 - "Leucht S, Davis JM, Engel RR et al. Defining ?response? in antipsychotic drug trials: recommendations for the use of scale-derived cutoffs. Neuropsychopharmacology 2007;32:1903-10."

117 - Levy, R. and Post, F. (1982) The Psychiatry of Life. Oxford,Blackwell.

118 - Lewis Melvin (1996) : Child and adolescent Psychiatry. A Comprehensive textbook. Williams and Wilkins.

119 - Lewis, A. (1974) Psychopathic Personality : a Most Elusive Category. Psychol. Med. 4, 133.

120 - "Lieberman J, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 2005;353:1209-23."

121 - "Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 2005;353:1209-23"

122 - Lishman, W. A. (1973) The Psychiatric Sequelae of Head Injury.A Review of Psychol. Med. 3, 304

123 - Lishman, W.A. (1987) Organic Psychiatry : The Psychological Consequences of Cerebral Disorder. Oxford, Blackwell

124 - Lopez-Munoz F., Alamo C., Dudley M., Rubio G., Garcia-Garcia P., D. Molina J., Okasha A., Psychiatry And Political-Institutional Abuse From The Historical Perspective: The Ethical Lessons of The Nuremberg Trial on Their 60th Anniversary,

Progress in Neuro-Psychopharmacotogy & Biological Psychiatry 31(2007) 791 -806.

125 - Lotaif F., Hamed A., Botrous F. And Okasha. A, Psychiatric aspects of female sterilization in Egypt. Egypt. J. Psych., vol. 6, no.1, 1983

126 - Lowinson J., Ruiz, P., Millman, R., Laugord (1997) : Substance abuse. A comprehensive textbook. Williams and Wilkins.

127 - Mahullawy N., Bishry Z., Ashour A.M. And Okasha. A, Histamine and schizophrenia: A validation study for skin response to intradermally injected histamine in schizophrenia. Egypt. J. Psychiat.1980 vol. 3, no. 1, pp.117-125

128 - Malan, D. (1977) The Frontier of Brief Psychotherapy N/Y Plenum.

129 - Marks, I. M. (1981) Psychiatry and Behavioural Psychotherapy.Brit. J. Psychiatry 139,74.

130 - Masters, W.H. and Johnson, V.E. (1966) Human Sexual Response. Boston. Little Brown.

131 - Masters, W.H. and Johnson, V.E. (1970) Human Sexual In adequacy. Boston, Brown

132 - "Max W., Warner R., Sharfstein S., Henn F., Salvador-Carulla L., Magallanes T., Pyllkkanen K., Kuey L., Okasha A., Commentaries, Current Opinion in Psychiatry 2001, 14;287-298."

133 - "McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia:marker or determinant of course? Biol Psychiatry 1999;46:899-907."

134 - "McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. World Psychiatry 2008;7:148-56."

135 - "McGorry PD, Yung AR, Bechdolf A et al. Back to the future: predicting and reshaping the course of psychotic disorder. Arch Gen Psychiatry 2008;65:25-7."

136 - "Melle I, Johannesen JO, Svein Friis S et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. Am J Psychiatry 2006;163:800-4."

137 - "Meltzer H, Gill B, Hinds K et al. The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in institutions. Int Rev Psychiatry 2003;15:129-33."

138 - Meltzer, R.C. (1987) Psychopharmacology. The Third Generation of Progress. Raven Press.

139 - Mendelwicz, J. and Rainer, J.D. (1977) Adoption Study Supporting Genetic Transmission of Manic Depressive Illness. Nature 268, 327

140 - "Messias E, Kirkpatrick B, Bromet E et al. Summer birth and deficit schizophrenia: a pooled analysis from six countries. Arch Gen Psychiatry 2004;61:985-9."

141 - "Meyer JM, Nasrallah HA, McEvoy JP et al. The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial: clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome. Schizophr Res 2005;80:9-18."

142 - Meyer JM, Nasrallah HA. Medical illness and schizophrenia. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003.

143 - "Murphy BP, Chung Y-C, Park T-W et al. Pharmacological treatment of primary negative symptoms in schizophrenia: a systematic review. Schizophr Res 2006;88:5-25."

144 - "Murthy RS, Kumar K. Challenges of building community mental health care in developing countries. World Psychiatry 2008;7: 101-2."

145 - "Nardi AE, Nascimento I, Freire RC et al. Demographic and clinical features of schizoaffective (schizobipolar) disorder ? a 5-year retrospective study. Support for a bipolar spectrum disorder. J Affect Disord 2005;89:201-6."

146 - "Nasrallah HA. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. Mol Psychiatry 2008;13:27-35."

147 - National Institute of Clinical Excellence. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell and the British Psychological Society, 2003.

148 - Nutt, D. and Mendalon (1995) : Clinical Psychiatry. Hypnotics and Anxiolytics. Bailliere Tindall.

149 - Okasha A. and Hassan A., LSD in stammering. E.J.Neurol.Psychiat.Neurosurg, 1967.

150 - Okasha A. and Hassan A., Positive conditioning in nocturnal enuresis. J. Egypt. Med. Assoc., 49, 9/10, 1966. Pp 601-610

151 - Okasha A., Hysteria, its presentation and management in Egypt. Ain Shams Med. J., vol. 18, no. 1- 2, 1967.

152 - Okasha. A , Abd el Naby. S and El Mahdy. M. H, 17-ketogenic steroids in schizophrenia. E J Neurol Psychiat Neurosurg, vol V, No. 1&2, 1964.E J Neurol Psychiat Neurosurg, vol. V, No 1&2, 1964. Pp. 1-9

153 - Okasha. A , E.R.P. in Schizophrenias. Current psychiatry, 1996.

154 - Okasha. A , Zeinab Bishry , Essawi M. , Kamel M. and Hassan A.H., Psychosocial study of stammering in Egyptian Children, E.J.Neurol. Psychiat. Neurosurg., 1971, Vol. XII. No. 1, adn 2 Page 37.

155 - Okasha. A and Ashour A., Psychodemographic study of anxiety in Egypt: The PSE in its Arabic version. Brit. J. Psychiat.1981, 139, pp. 70-73.

156 - Okasha. A and El ? Mahallawy N., Prediction of the Outcome of Substance Dependence, Ain Shams Medical Journal Vol. 42 No. 10 , 11 & 12 Oct., Nov., Dec., 1991.128

157 - Okasha. A And Karam E., Mental Health Services and research in the Arab World. Acta Psychiatry Scand, 1998:98, 406-413.

158 - Okasha. A and Lotaif F., Attempted suicide: An Egyptian investigation. Acta Psychiat. Scand. 60, 69-75, 1979.

159 - Okasha. A and Okasha T., Mental Health in Cairo (Al- Qahira) International Journal of Mental Health, vol.28, No. 4, Winter 1999-2000, 62-68

160 - Okasha. A and Okasha T., Notes on mental disorder in Pharaonic Egypt, Hisotry of Psychiatry, xi (2000), 413-424.

161 - Okasha. A and Okasha T., Somatoform Disorder ?An Arab Perspective. Somatoform Disorder: A Worldwide Perspective. (Eds) Y.Ono, A.Janca, M. Asai, N. Sartorius. Springer- Verlag Tokyo 1999.

162 - Okasha. A and Raafat M. , Neurophysiological Substrate of Obsessive Compulsive Disorder: An Evidence from topographic EEG, Egypt. J. Psychiat., 1990. 13: 97-106.

163 - Okasha. A and Rafaat M., Brain mapping in suicidal and non-suicidal depressives. Read at WPA symposium in Washington, October 1988.Egypt. J. Psychiatry, 1988) 11: 17-31

164 - Okasha. A and Rafaat M., Is it Worth Treating Cases of Heroin Abuse as In- patients? Egypt. J. Psychiat (1988). 11: 119-126

165 - Okasha. A and Rafaat. M, The Biology of Obsessive Compulsive Disorder, An Evidence from Topographic EEG, The Arab Journal of Psychiatry(1991) Vol. 2. No. 2. Page 106-117.

166 - Okasha. A and Sadek A., A controlled double blind clinical trial between maprotilene and amitriptyline in depressive illness. J. Egypt. Med. Assoc. 1976. 59, pp 557-562,

167 - Okasha. A and Seif El Dawla A., Reliability of ICD-10 research criteria: An Arab perspective. Acta Psych. Scand., 86,484-488, 1992.

168 - Okasha. A and Tewfik G. I., Haloperidol: A controlled clinical trial in chronic disturbed psychotic patients. Brit J Psych, vol. 110, 464, 1964, Pp. 56-60

169 - Okasha. A et al, Psychiatric aspects of female criminals. Egypt. J. Psychiat. Vol. 11, 1988.

170 - Okasha. A et al. Comparative study on propanidid and thiopentone in ECT. Ain Shams Med. J., 1977. Vol. 28, no. 3 & 4,

171 - Okasha. A et al., Depressive symptoms in Egyptian population: A comparison between urban and rural culture. Egypt. J. Psychiat. Vol. 11, 1988.

172 - Okasha. A et al., Suicide in Egypt. In Suicide in Asia and the Near East. Edited by Lee A. Headley. University of California Press. Pp. 333-349, 1983.

173 - Okasha. A, Amira A.Z. And Khalil A.H., Parkinsonism and Depression: an Egyptian Study, Egypt. J. Psychiat. (1987), 10 : 41 ? 56.

174 - Okasha. A, Bishry Z. , Khalil A. H. , Darwish T. A. , Seif El Dawala A.and Shohdy A., Panic disorder: An overlapping or independent entity, Brit. J. Psych., 164, 818-825, 1994

175 - Okasha. A, Forum ? Culture, Spirtuality and Psychiatry - Comments - Current Opinion in psychiatry. Vol. 13. No 6 November 2000. Pp 539 ? 541

176 - Okasha. A, Some aspects of the role of the right cerebral hemisphere in psychiatry. Egypt.J. Psychiat. Vol. 14, no. 1&2, 1991.

177 - Okasha. A, 5000 Years of Science and Care- Building the Future of Psychiatry?: the 13th World Congress of Psychiatry, World Psychiatry: June. (2004) , Vol.3,2 :65>

178 - Okasha. A, A combined depot (Flupenthixol and Zuclopenthixol) in neuroleptic non- responsive schizophrenics. Current Psychiatry.1996. Vol. 3. No. 1, p.p. 113-122

179 - Okasha. A, A Combined Depot (FLupenthixol and Zuclopenthixol) in Neuroleptic Non-responsive Schizophrenia , Current Psychiatry, vol., 1, 1994

180 - Okasha. A, A cultural psychiatric study of El Zar cult in the UAR. Brit J Psych, vol. 112, 1966 .pp1217-1221

181 - Okasha. A, A Perspective of Mental Disorder in Pharaonic Egypt. Current Psychiatry. Vol 5 No. 1 March 1998

182 - Okasha. A, A. Saad, A.H. Khalil , A. Seif El Dawla and Yehia N., Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder - A Transcultural study. Comprehensive Psychiatry, vol. 35, No. 3 (May/June), pp. 191 - 197, 1994.

183 - Okasha. A, Abdel Moneim S., Bishry Z., Kamel M., and Mostafa M., Electroencephalographic study of stammering. Brit. J. Psychiat., vol. 124, 1974. Pp 534-535

184 - Okasha. A, Al Fiky R., Youssef N.A. And Lotaif F., Psychiatric morbidity in a mental retardation unit. Egypt. J. Psychiat., vol. 6, no. 2, 1983

185 - Okasha. A, Algorithm of management of OCD. Read at WPA regional symposium in Beijing, 1997.

186 - Okasha. A, Amira A.Z., And Khalil A.H., Parkinson?s disease: Visuoperceptive Disabilities and Cognitive Deficits, Egypt. J. Psychiat (1986). 9: 123 ? 134.

187 - Okasha. A, An appraisal of DSM-III. Egypt. J. Psych. 1983, vol. 6, no.1, pp 1-6.

188 - Okasha. A, An appraisal of DSM-III. Egypt. J. Psych. 1983, Vol. 6, no.1, pp1-6.

189 - Okasha. A, An augmenting therapy for resistant psychotic states. Read at the WPA Regional Symposium, Cairo, 1992.

190 - Okasha. A, An effective antidepressant for ambulatory and elderly patient. Read at the WPA Regional symposium, Cairo, 1992.

191 - Okasha. A, and Demerdash A., Arabic study of cases of functional sexual inadequacy. Brit. J. Psych., vol., 126, 1975. Pp 446-448

192 - Okasha. A, Anxiety disorder in a sample of Egyptian adolescents: A Psycho demographic study. Current Psychiatry, 1999.Vol. 6 No. 3 pp. 342-354

193 - Okasha. A, Anxiety symptoms in an Egyptian Sample: Children and adolescents, In press Current Psychiatry (1999)

194 - Okasha. A, Ashour A., Shody M., Sadek A. And Khalil A.H., Depression in Schizophrenics: An Arab Survey of Prevalence and Mechanisms, Egypt. J- Psychiat. (1986), 9:161 ? 185.

195 - Okasha. A, Ashour A.M., Moustsfa M. And Hassan A.H., EEG screening of brain damage in psychiatric patients a validation study E.J. Neuro Psychiatric Neurosurge. 1973 .Vol XIV No. 122 pp.35-66

196 - Okasha. A, Bahgat N., Sadek A. and Kamel M., A psychiatric study of Egyptian rheumatic arthritis. Proceedings of the Egyptian society of rheumatology, vol. ix, no. 1, 1972. pp 85-97

197 - Okasha. A, Biological aspects of addiction editorial. Current Opinion in Psychiatry.1999

198 - Okasha. A, Biological factor in schizophrenia. Ain shams Medical Journal. 1974 pp. 149-151

199 - Okasha. A, Bishry Z., Kamel M. and Hassan A. H. , Psychological study of stammering in Egyptian children. Brit. J. Psychiat., vol. 124, 1974, Pp531-533

200 - Okasha. A, Bishry Z., Kamel M., Abdel Moneim S., Michel M. and Mostafa M., Objective evaluation of drug therapy in hyperkinetic children. E. J. Neurol. Psychiat. Neurosurg. Vol. XV, no. 162, 1975. Pp 185-198

201 - Okasha. A, Bishry Z., Osman N.M., Kamel M., A psychosocial study of accidental poisoning in Egyptian children. Brit. J. Psychiat. 1976.129, pp. 539-543,

202 - Okasha. A, Brain imaging. Egypt. J. Psychiat. Vol. 8, 1,2, 1985.

203 - Okasha. A, Burden of depression, read at the regional meeting of the Egyptian Psychiatric Association, Alexandria, Egypt, September 1999.

204 - Okasha. A, Cairo Symposium on psychopathology of anxiety and its management, Egypt. J. Psychiatry 1981, 4:3-5.

205 - Okasha. A, Carbamazepine versus alprazolam. An augmenting therapy for resistant schizophrenia. Read at the Regional WPA Symposium, Budapest, May 1991.

206 - Okasha. A, Carpipramine: A disinhibitory drug in chronic schizophrenia. L'Encephale, 1980 VI, pp161-166, 1

207 - Okasha. A, Challenges of Managed Mental Health Care in the South East Mediterranean region in Manage or Perish, Guimon and Sartorius (Eds.), Kluwer academic/ Plenum publishers, New York, 1999

208 - Okasha. A, Child Psychiatry in Developing Countries: Present Status: Needs and Demands. Read at the International Congress of Paediatrics, Cairo, 1995

209 - Okasha. A, Classification, biochemistry of depression and the mode of action of antidepressant drug. Egypt. J. Psychiat. 1979 vol. 2, no. 1,

210 - Okasha. A, Clinical Neurophysiology and Mental Illness, Egypt. J. Psychiat. (1983) 6: 167 ? 170

211 - Okasha. A, Clinical neurophysiology and mental illness. Egypt. J. Psych., vol. 6, no.2, 1983

212 - "Okasha. A, Combat and management of drug abuse: Means and challenges; an Egyptian perspective, Addressed as a plenary lecture in the first international conference in addiction and drug dependence, Cairo, March, 1996. "

213 - Okasha. A, Co-morbidity of Axis I and Axis II Diagnoses in a Sample of Egyptian Patients with Neurotic Disorders, accepted for publication in Comprehensive Psychiatry, 1995.

214 - Okasha. A, Co-morbidity of axis I and II diagnosis in a sample of patients with neurotic disorders. Comprehensive Psychiatry, 1996. Vol. 37, No. 2, pp. 95-101

215 - Okasha. A, Comorbidity of OCD, read at the 11th World Congress of Psychiatry, Hamburg August 1999.

216 - Okasha. A, Computerized EEG and evoked potential mapping of brain function. Egypt. J. Psychiat. Vol. 10. No. 1. 2, 1987.

217 - Okasha. A, Core curriculum for undergraduate, read at the 11th World Congress of Psychiatry, Hamburg 1999.

218 - Okasha. A, Creativity & Transcultural Aspects in Bipolar Disorder:Read in Bipolar congress in Lisbon 2004.

219 - Okasha. A, Day hospital treatment in psychiatry. E J Neurol Psychiat Neurosurg, vol. V, No 1,1964.pp.105-113

220 - Okasha. A, Demerdash A. and Kamel M., A psychometric study of cases of psychogenic sexual inadequacy. Ain Shams Med. J. Vol., 27, No. 566, 1976. Pp 423-427

221 - Okasha. A, Demerdash A. and Kamel M., An anthropometric survey of cases of psychogenic sexual dysfunction. Ain Shams Med. J. Vol., 27, 1976. Pp 179-181

222 - Okasha. A, Depression and suicide in Egypt. Egypt. J. Psychiatry 1984, 7 pp.33-45

223 - Okasha. A, Depression secondary to medical illness. Egypt. J. Psychiat. Vol. 11, 1988.

224 - Okasha. A, Depressive Morbidity in an Egyptian Population, Egypt. J. Psychiat. (1990) 13:131 -133.

225 - Okasha. A, Do SSRI or antidepressants in general increase suicidality? WPA section on Pharmacopsychiatry: Consensus statement. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. (2008).

226 - Okasha. A, Dual diagnosis, read at the regional meeting of the Egyptian Psychiatric Association, Alexandria, Egypt, 1999.

227 - Okasha. A, Effectiveness of drug therapy in schizophrenia. Egypt. J. Psychiat. Vol. 3, no. 1, 1980.

228 - Okasha. A, Efficient Use of Resources for Mental Health Services: A Developing Country Model: Read at the WPA Regional Symposium in Prague, 1995

229 - Okasha. A, Egyptian Contribution to the concept of mental Health. Eastern Medirerranean Health Journal, Vol 7, No. 3, 2001, 1:4.

230 - Okasha. A, Eid S. Z. , Bishry Z., Lotaif F. And Gouda J.F., Levels of HIAA and VMA in CSF of schizophrenics before and after treatment. Egypt. J. Psychiat. 1978.vol. 1, no. 1, pp 38-50

231 - Okasha. A, El Okbi H., Sadek. A., Lotaif F., and Ashour A.M., Drug induced extrapyramidal side effects in Egyptian schizophrenic patients. Egypt. J. Psychiat. 1979 vol. 2, no. 2, pp 191-197.

232 - Okasha. A, Ethical Issues in Biological Psychiatry Research Read in WPA intersectional congress Athens 2004.

233 - Okasha. A, Ethics of Euthanasia in Nazi Program, read at the 11th World Congress of Psychiatry, Hamburg August 1999.

234 - Okasha. A, Ethics of psychiatry practice: consent, compulsion and confidentiality. Current Opinion in Psychiatry 2000, 13: 693 ? 698

235 - Okasha. A, Ethics of treatment of subthreshold psychosis, read at Arab Federation of Psychiatrist Congress, Bahrain, February 1999

236 - Okasha. A, Ethnicity and pharmaco psychiatry. Read at Pan Arab Psychiatric Congress, Beirut, 1996.

237 - Okasha. A, Evaluation of ECT today. Egypt. J. Psych., 1982. Vol. 5, no. 1, pp 3-16

238 - Okasha. A, Fadli M.E., and Hassan A. H., An electromyographic study of functional impotence. Ain Shams Med. J., vol. 24, no. 3-4, 1973. pp 139-148

239 - Okasha. A, Fahmy M, Haggag W., Awad M., Okasha T. and Abd El Moez K., A psychiatric training programme for general

practitioners in primary health care in Egypt. WPA, Arab PTD program.

240 - Okasha. A, Field Trials and Regional Considerations In: International Review of Psychiatry, vol. 1, Costa e Silva J.A. and Nadelson C.C. (eds), American Psychiatric Press, pp. 37 - 52, 1993.

241 - Okasha. A, Focus on Psychiatry in Egypt, British Journal of Psychiatry (2004), 185, 266-272.

242 - Okasha. A, Forum ?Manged Care And Psychiatry, Commentaries. Wendy Max, Richard Warner, Steven S. Sharfstein, Fritz Henn, Luis Salvador- Carulla and Teresa Magallanes, Kari Pylkkanen, Levent Kuey, Ahmed Okasha, Current Opinion in Psychiatrty 2001, 14: 287 ?298

243 - Okasha. A, Ghaleb H.A. and Sadek A., A double blind trial for the clinical management of psychogenic headache. Brit. J. Psychiat. Vol. 122, no. 567, 1973. Pp 181-183

244 - Okasha. A, Globalization and Mental Health: A WPA Perspective, World Psychiatry: Feb. (2005) , Vol. 4(1) : 1 -2.

245 - Okasha. A, Globalization in Psychiatry (Read at Cairo ? Egypt)

246 - Okasha. A, Globalization of Psychiatry, read at the APA annual meeting Washingston May, 1999

247 - Okasha. A, Haggag W., Khalil A. H., Ghanem M. H. and Kamel M., A Study of 13 Diagnostic Systems Criteria for Schizophrenia on an Egyptian Sample Frequencies, Agreements and Validity, Egypt. J. Psychiat., 1990. 13: 157-170

248 - Okasha. A, Highlights on suicide in the Arab World: A perspective from Egypt.(Read at Tahran - Iran)

249 - Okasha. A, History of psychiatry in Egypt. Current psychiatry. Vol2. No. 2 December 1995

250 - Okasha. A, Implementations of Core Curriculum of undergraduates of WPA. Read at WPA regional symposium in Beijing, 1997.

251 - Okasha. A, Informed Consent. Mediterranean versus Anglo-Saxon. Read at WPA regional symposium, Geneva, 1996.

252 - Okasha. A, Insomnia. . Egypt. J. Psych., vol. 7, no.1, 2, 1984

253 - Okasha. A, Introduction to the Forum: Is Cannabis consumption a life style or Brain disease? Current opinion in Psychiatry, Jan. 2008 Vol. 21, 114-115.

254 - Okasha. A, Is it worth treating cases of heroin abuse as inpatients? Egypt. J. Psychiat. vol. 11,1987.

255 - Okasha. A, Is Neurosis Dead? Egypt. J. Psychiat. (1986), 9: 1- 4

256 - Okasha. A, Is schizophrenia more than one disease? Egypt. J. Psychiat. 1980 vol. 3, no. 2, pp 153-158.

257 - Okasha. A, Ismail M., Khalil A., EL Fiki R., Soliman A. and Okasha A., A Psychiatric Study of Nonorganic chronic Headache Patients, Psychosomatics, 1999 40:233-238

258 - Okasha. A, Kamel M. , Lotaif F., El Mahalawy N.; Khalil A. H. And Ashour A. M., Descriptive study of attempted suicide in Cairo. Egypt. J. Psychiat. (1986), 9:53-70

259 - Okasha. A, Kamel M. and Hassan A.H., Preliminary psychiatric observations in Egypt. Brit.J.Psych., vol. 114, no. 513, 1968.pp 949-955

260 - Okasha. A, Kamel M., Khalil A. H., Sadek A. And Ashour A., Academic difficulty and psychiatric morbidity: an Egyptian study. Egypt. J. Psych., 1982 Vol. 5, no.1

261 - Okasha. A, Kamel M., Khalil A. H., Sadek A. And Ashour A., Academic difficulties among male Egyptian students: association with psychiatric morbidity. Brit. J. Psych., 146, 1985.

262 - Okasha. A, Kamel M., Khalil A.H., Bishry Z., Lotaif F. And Sadek A., Drug abuse among university students: An Egyptian study. Egypt. J. Psych.1982, vol. 5, pp. 59-70

263 - Okasha. A, Kamel M., Lotaif F. and Bishry Z., Insomnia: a differential parameter in Egyptian depressives. Ain Shams Med. J., vol. 26, no. 566, 1975. Pp 605-612

264 - Okasha. A, Kamel M., Presentation of depression in Egyptian children. E.J.Neurol Psychiat Neurosurg, vol. xii, no 162, 1971.pp 27-35

265 - Okasha. A, Kamel M., Sadek A., Lotaif F. And Bishry Z., Psychiatric symptomatology in Egypt. Mental Health and Society, 1977. Vol. 4, no. 3 - 4,pp 121-125

266 - Okasha. A, Kamel. M, Khalil A. H., Lotaif F., Bishry Z. And Sadek A., Psychodemographic and psychometric study and academic difficulty in Egyptian university students. Egypt. J. Psych., vol. 5, no. 1, 1982

267 - Okasha. A, Khalil A. H, El Fiky M.R, Ghanem M, and Abd El Hakeem R., Prevalence of Depressive Disorders in a Sample of Rural and Urban Egyptian communities, Egypt. J. Psychiat (1988). 11: 167 ? 181

268 - Okasha. A, Khalil A. H, El Etribi M. A., El Fiky M.R., and Ghanem M, Academic underachievement in Egyptian children. Egypt. J. Psychiat. Vol.11, 1988. 127 ?142

269 - Okasha. A, Khalil A. H,.Ashour A And Elfiky M.R, Tardive dyskinesia in psychosis. A study of its prevalence, psychodemographic and clinical aspects among neuroleptic ? treared Egytptian patients. Egypt. J. Psychiatry, 1986, 9: 8-17

270 - Okasha. A, Khalil H., Fahmy M., and Ghanem M, H., Psychological Understanding of Egyptian Heroin Users, Egypt. J. Psychiat., 1990, 13: 37-49.

271 - Okasha. A, Khalil H., Ghanem M. H, El-Fiky R.and Effat S. M, Assessment of Psychosis in Schizophrenia and Affective Disorders by a Locally Constructed Rating Scale, Egypt. J.Psychiat1990, 139 -147.

272 - Okasha. A, Long Term Treatment of Schizophrenia with Risperdal: An International Multi-center Open Label Trial. 2001. (Read at WPA International Congress Vienna ? 2003).

273 - Okasha. A, Lotaif F. and Sadek A., Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. Acta Psych. Scand., 1981, 63, pp 409-415,

274 - "Okasha. A, Lotaif F., Ashour A.M. , El Mahalawy N. , Seif EL Dawla A and El Kholy GH., The prevalence of obsessive-compulsive symptoms in a sample of Egyptian psychiatric patients. L?Encephale, 2000; xxvi; 1-10 "

275 - Okasha. A, Madkour O., Ghanem M And Khalil A.H., CAT Findings in Schizophrenia: Relationship to Subtypes, Personality and Psychodemographic Data, Egypt. J. Psychiat(1986) , 9 : 147 ? 160

276 - Okasha. A, Madkour O., Sadek A., Magd F, A, And Lotaif F., Cortical and Central Atrophy in Chronic Schizophrenia, A controlled Study, Egypt. J. Psychiatry, Vol. 4 Oct. 1981.

277 - Okasha. A, Madrid declaration. Codes of ethics. Read at WPA regional symposium, Geneva, 1996.

278 - Okasha. A, Mental disorder in pharonic Egypt. Curare. Vol 16, 1993: 66 ?70

279 - Okasha. A, Mental disorders in pharaonic Egypt, Medicographia, Vol. 4, No. 4, 1982.

280 - Okasha. A, Mental disorders in Pharaonic Egypt. Egypt. J. Psychiat. 1978 vol. 1, no. 1,

281 - Okasha. A, Mental Health and Violence: WPA Cairo Declaration- International Perspectives for intervention. International Review of Psychiatry, June 2007: 19(3) 193-200.

282 - Okasha. A, Mental Health in the Middle East: an Egyptian Perspective. Clinical Psychology Review, Vol. 19, No 8, pp 917-933, 1999

283 - Okasha. A, Mental health services in Egypt 1920 to 1990. Read at the Regional WPA symposium, Budapest, May 1991.

284 - Okasha. A, Mental health services in Egypt. Journal of sociology & social Welfare 1991 Vol. Xviii No. 2.

285 - Okasha. A, Mental Health services in the Arab world. Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 5, No.2, 1999

286 - Okasha. A, Mental Patients in Prisons: Punishment versus treatment? World Psychiatry: Feb. (2004), Vol. 3(1): 1 -2.

287 - Okasha. A, Michail M., Abdel Moneim S., Kamel M., Bishry Z. and Mostafa M., Psychosocial and neurological assessment of hyperkinetic children (6-12 years).E. J. Neurol. Psychiat. Neurosurg. Vol. XV, no. 162, 1975. Pp 169-184

288 - Okasha. A, Moustafa M. And Ghanem M., A psychometric study of cerebral lateralization in depression and schizophrenia. . Egypt. J. Psych., vol. 6, no.1, 1983

289 - Okasha. A, Moustafa M. , Kamel M., Bishay N. R., Parameters for differentiation between hysterical and epileptic fits among Egyptian military recruits. Ain Shams Med. J., vol. 26, no. 4, 1975.

290 - Okasha. A, Mutabon - A controlled clinical trial in psychiatric patients. Ain Shams Med J., vol. 19, no. 3, 1968.pp159-163

291 - Okasha. A, Neurosciences & future of psychiatry, Current Opinion in Psychiatry, Current Opinion in Psychiatry, 1999, 12: 633-636

292 - Okasha. A, Non-Conventional treatment of Mental Disorders. Read at World Congress of Psychiatry, 1996. Editorial Psychiatry 1997.

293 - Okasha. A, Notes on mental disorders in Pharaonic Egypt (2000): History of psychiatry, xi 413-424.

294 - Okasha. A, Obessive Compulsive Disorder. A transcultural comparison, IJP Psychiat Sci, 3, 1995

295 - "Okasha. A, Obsessive Compulsive Disorder in Different Cultures ""An Egyptian Perspective"": The Egyptian Journal of Psychiatry, Vol. 14, No. 1 & 2, April & October 1991."

296 - Okasha. A, Obsessive compulsive disorder: A Transcultural comparison. Accepted for publication: Italian J. Psych. and Behav Sc., 1993

297 - Okasha. A, OCD in Egyptian Adolescents: The Effect of Culture and Religion. Psychiatric Times / April 2004 21-22.

298 - Okasha. A, On the China Issue, World Psychiatry: Oct. (2004), Vol. 3(3): 129.

299 - Okasha. A, Postgraduate Psychiatric Education in the Middle East, International Conference on Postgraduate Education, Al Ain, 1994.

300 - Okasha. A, Presentation and outcome of obsessional disorders in Egypt. Ain Shams Med. J., vol. 21, no. 4, 1970. Pp367-374

301 - Okasha. A, Prevalence of anxiety symptoms in a sample of

Egyptian children. Current Psychiatry, 1999 Vol. 6 No. 3 pp. 356-368

302 - Okasha. A, Prevalence of anxiety symptoms in a Sample of Egyptians Children, Current Psychiatry 1999.

303 - Okasha. A, Prevention of Deontological Mistakes: the Role of Ethical Codes. Preventive Psychiatry Basel, Karger, 1999, pp 134 ? 142

304 - Okasha. A, Primary or Community Care for Psychiatric Patients in developing Countries: Read at the WPA Regional Symposium in Seville, 1995

305 - Okasha. A, Problems of schizoaffective disorders. Egypt. J. Psych., 1982, vol. 5, no.2,

306 - Okasha. A, Problems of schizoaffective disorders. Psychiatrica Clinica, vol. 16, no. 2, 4, 1983.

307 - Okasha. A, Psychiatric Morbidity after Stroke: A Multidimensional Approach, Current Psychiatry, vol. 1 No. 1, July 1994.

308 - Okasha. A, Psychiatric morbidity among university students in Egypt. Brit. J. Psychiat. 1977. 131, pp149-54,

309 - Okasha. A, Psychiatric Research in an International Perspective : The Role of WPA, Acta Psychiatric Scand 2003:107 :81-84.

310 - Okasha. A, Psychiatry in Egypt. Bulletin of Brit. J. Psych., September 1993.

311 - Okasha. A, Psychological sequels of Political Torture. Read at WPA regional symposium, Belgrade, 1996.

312 - Okasha. A, Rafaat M., Mahallawy N., El Nahas G. , Seif El Dawla A., Sayed M.and El Kholi S., Cognitive Dysfunction in OCD. In press, Acta Psychiat. Scandinavica, 2000: 101: 281-285

313 - "Okasha. A, Ragheb K., Attia A.H., Seif EL Dawla A., Okasha

T., Ismail R., Prevalence of Obsessive Compulsive Symptoms (OCS) in a Sample of Egyptian Adolescents. L?Encephale; 2001: XXVII: 8-14"

314 - Okasha. A, Religion and mental health at the turn of Century, read at the 11th World Congress of Psychiatry, Hamburg August 1999.

315 - Okasha. A, Resistant elderly depressed, read at the regional meeting of the Egyptian Psychiatric Association, Alexandria, Egypt, September 1999.

316 - Okasha. A, Sadek A. and Abdel- Mawgoud M., Validation of PSE / CATEGO Computer Programme on Arabic population, Egypt. J. Psychiat., 1990, 13: 199-204.

317 - Okasha. A, Sadek A. And Abdel Moneim S., Psychosocial and Electroencephalographic studies of Egyptian murderers. Brit. J. Psych., vol. 126, 1975. Pp 34-40

318 - Okasha. A, Sadek A., A comparison of lorazepam diazepam and placebo in anxiety states. Journal of International Medical Research, 1, 162, 1973. Pp.162-165

319 - Okasha. A, Sadek A., Al-Haddad M. K. and Abdel-Mawgoud M., Diagnostic agreement in psychiatry: A comparative study between ICD-9, ICD-10 and DSM-IIIR. Brit. J. Psych., 162, 621-626, 1993

320 - Okasha. A, Sadek A., Al-Sherbini O., Refaat M. And Lotaif F., Psychometric study of the interrelationship between complaint of pain and depressive illness. Egypt. J. Psych., 1982 vol. 5, no.2,

321 - Okasha. A, Sadek A., Lotaif F., Ashour A. and Bishry Z., The social readjustment-rating questionnaire: A study of Egyptians. Egypt. J. Psych., 1981. Vol. 4, no. 2, pp. 273-283

322 - Okasha. A, Sadek A., Lotaif F., Bishry Z.and Ashour A., Depression and anxiety during the menstrual cycle: A psychometric study. Egypt. J. Psychiat. 1980 vol. 3, no. 2,pp 225-235

323 - Okasha. A, Sadek A., Lotaif F.and Ashour A.M., The impact of parental loss in childhood on adult anxiety states. Egypt. J. Psychiat.1979 vol. 2, no. 1, pp 42-51

324 - Okasha. A, Seif EL Dawla A. and Assad T., Presentation of Hysteria in a Sample of Egyptian Patients - An Update: Neurology, Psychiatry and Brain Research, 1: 155 - 159, 1993

325 - Okasha. A, Seif EL Dawla A., Haroun El Rasheed A., Prodromal Symptoms of Relapse in a sample of Egyptian Schizophrenic Patients. J Clin Psychiatry 61: 10, October 2000

326 - Okasha. A, Seif El Dawla A., Khalil A.H. and Saad A., Presentation of acute psychosis in an Egyptian sample: Transcultural comparison, Compreh Psych. 34, No.1, 1993, 4-9.

327 - Okasha. A, Selective 5HT reuptake inhibitors in psychiatric disorders. Read at the WPA regional symposium, Cairo, 1992.

328 - Okasha. A, Sertraline in OCD. A twelve-week non-comparative study of the safety, efficacy and toleration of Sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder with or without concurrent depression in outpatients. Current Psychiatry.1997. Vol. 4. No.2 pp. 228-236.

329 - Okasha. A, Settings for learning: The community beyond. Med. Education. 1995, 29, (Suppl I): 88-90

330 - Okasha. A, Shawki El Akabawi Wilson A. and Seif El Dawla A., Expressed Emotion, Perceived Criticism and Relapse in Depression: A Replication in an Egyptian Community: American Journal of Psychiatry 151:7, July 1994.

331 - Okasha. A, Sherbini O. and Mostafa M., A psychiatric survey of nocturnal enuresis in an Egyptian community. E.J.Neurol. Psychiat. Neurosurg, vol. xiv, no. 162, 1973.

332 - Okasha. A, Sleep Pattern in patients with OCD (1996): CNS Spectrum, International Journal of Neuropsychioatric Medicine, Vol.1, no. 2, PP. 39-43.

333 - Okasha. A, Sociocultural aspects of antidepressant therapy. Read at the WPA Regional symposium, Cairo, 1992.

334 - Okasha. A, Somatoform disorders revisited. Acta Neuropsychiatrica 2003:15:161 -166.

335 - Okasha. A, Suicide from Pharaonic to present era, read at the World Congress of Suicidology, Athens - November 1999.

336 - Okasha. A, The abuse and the selective use of tranquilizers. Ain Shams Medical Journal, vol. 15, No.2, 1964.pp. 77-90

337 - Okasha. A, the Biology of Obsessive Compulsive Disorder, Egypt. J. Psychiat., 1990, 13: 3 -4.

338 - Okasha. A, The brain's opium: Human beta-endorphins. Egypt. J. Psychiat. 1979.vol. 2, no. 1,pp 135-137

339 - Okasha. A, The clinical range of 5HT agonists in Psychiatry. Read at the WPA Regional symposium, Cairo, 1992.

340 - Okasha. A, The concept of mental illness from pharaonic times to present day Islam. A world perspective ? Vol 4, 1990.

341 - Okasha. A, The dilemma of organicity. Egypt. Journal of Psychiatry. Vol. 12, no. 1&2, 1989.

342 - Okasha. A, The Egyptian diagnostic system (DMP1) comparison with ICD-9, DSM-III. Read in the Conference of International Classifications in Psychiatry, World Psychiatric Association, and Montreal Canada. 1985.

343 - Okasha. A, The Ethical Dilemma of Coercion in Psychiatry a Transcultural Aspect, BMJ Psychiatry (2007), 7 (suppl I) : S3.

344 - Okasha. A, The Ethical Dilemma of Coercion in Psychiatry a Transcultural Aspect. BMJ. Psychiatry 2008.

345 - Okasha. A, The Family Differences between Western and Traditional Societies (Ethics, Phenomenology and outcome) The Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences Vol. 14? no. 2/3-December 2004.

346 - Okasha. A, The influence of Egyptian culture on psychiatric symptomatology. Egyptian Journal of Mental Health 1975 Vol 16 pp 1-7

347 - Okasha. A, The problem of addiction & strategy for management in EGYPT. Current Psychiatry, 1996.

348 - Okasha. A, The WPA Tsunami Programme, World Psychiatry: June. (2005) , Vol. 4 (2) :65

349 - Okasha. A, Tranquilizers in general practice. Current pratice, 1969. Vol20 No. 3 pp 275 -285

350 - Okasha. A, Transcultural Aspects of OCD. Read at World Congress of Psychiatry, Madrid Declaration, 1996.

351 - Okasha. A, Viruses as causes of psychiatric diseases. Egypt. J. Psych., vol. 4, no. 2, 1981.

352 - Okasha. A, World Psychiatric Association Pharmacopsychiatry Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of Schizophrenia, Schizophrenia Research 100 (2008), 20-38.

353 - Okasha. A, Young people and struggle against drug abuse in the Arab countries. Bulletin on Narcotics, vol., XXXVII, no. 1,3, 1985.

354 - Okasha. A, Younis N., Youssef I., Khalil A.H. And Demerdash

A., The Post Partum Psychiatric Disorders: A Descriptive and Epidemiological Study, Egypt. J. Psychit. (1987). 10: 161-174

355 - Okasha. A,, Long term strategy for the treatment of schizophrenia. Read at the WPA regional symposium, Cairo, 1992.

356 - Oldham, J. and Riba, M. (1994) : Review of Psychiatry Vol. 13. American Psychiatric Press.

357 - Oldham, J. and Riba, M. (1995) : Review of Psychiatry Vol. 14. American Psychiatric Press.

358 - Oldham, J. and Riba, M. Tasman, A., (1993) : Reiew of Psychiatry Vol. 12. American Psychiatric Press.

359 - Papadinitrion, G. and Mendelewicz. D. (1996): Clinical psychiatry. Genetics of mental disorders, part IV clinical issues. Bailliere Tindall.

360 - "Patel V, Araya R, Chatterjee S et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. Lancet 2007;370:991-1005."

361 - "Patel V, Farooq S, Thara R. What is the best approach to treating schizophrenia in developing countries? PLoS Med 2007;4:e159."

362 - Paykel, E.S. and Coppen, A. (eds.). (1997) Psychopharmacology of Affective Disorders, Oxford Univ. Press.

363 - Paykel, E.S. and Rowan, P.R. (1997) Affective Disorders. In :Granvill - Crossman, K. I., (ed.). Recent Advances in Clinical Psychiatry - 3Edinburgh, Churchil Livingstone.

364 - Perris, C. (1996) A Survey of Bipolar and Unipolar Recurrent Depressive Psychoses. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 194.

365 - Pharoah F, Mari J, Rathbone J et al. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 (4):CD000088.

366 - Rakhaway, Y. (1979) Psychiatry in Egypt Today, Egypt. J. Psychiat. 2:1.

367 - Rogers, C. R. (1951) Client Centrerd Psychotherapy, Houghton-Mifflin

368 - Rommel Spacher H. and Schuckit (1996) : Clinical Psychiathy.Drugs of abuse.

369 - "Rosenbaum B, Valbak K, Harder S et al. Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project World Psychiatry 2006;5:100-3."

370 - Rosenthal, N.E. et al. (1984) Seasonal Affective Disorder. Arch.Gen. Psychiatry 41, 72.

371 - "Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Zeal J Psychiatry 2005;39:1-30."

372 - Rundell, J. and Wise, M. (1996): Textbook of Consultations Liason Psychiatry. American Psychiatric Press

373 - Rutter, M. and Herosv, L.C. (1985) Child Adolescent Psychiatry, Modern Approaches. Blackwell Scientific Publication.

374 - Rutter, M., Teylon, E., and Herson, L. (1994) : Child and adolescent psychiatry. Modern Approaches. Blackwell science.

375 - Rutter, M.L. (ed.) (1983) Developmental Neuropsychiatry New York, London Guilford Press.

376 - Ryle, A. (1976) Group Psychotherapy, Brit. J. Hosp. Med.15,239

377 - Sadek A., Okasha. A, Al- Sherbini O., Refaat M. And Lotaif F., Clinical study of the inter relationship between complaint of pain and depressive illness. Egypt. J. Psych., 1982 vol. 5, no.2, pp 1-9.

378 - "Saha S, Chant D, Mcgrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry 2007;64:1123-31. "

379 - "Saraceno B. New knowledge and new hope to people with emerging mental disorders. Early Int Psychiatry 2007;1:3-4."

380 - Sartorius N. Physical illness in people with mental disorders. World Psychiatry 2007,6:3-4.

381 - Schaffer, D. et al. (1985) Neurological Soft Signs. Arch. Gen.Psychiatry 42,342.

382 - Schatzberg, A., and Nemeroff, C, (1995): The American Psychiatric Press. Textbook of psychopharmacology. American Psychiatric Press.

383 - Schildkraut, H. and Otero, A. (1996) : Depression and the spiritual in modern Art. Homage to Miro. John Wiley and Sons.

384 - "Schimmelmann BG, Conus P, Edwards J et al. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. J Clin Psychiatry 2005;66:1239-46."

385 - Scott, P.D. (1960) The Treatment of Psychopaths. Brit. Med. J. 1,1641

386 - Scott, P.D. (1977) Assessing Dangerousness in Criminals. Brit. J.Psychiatry 131, 127.

387 - Seif El Dawla A., Okasha. A, Sadek A., Hamed A. And Lotaif F., Anxiety, a concomitant of some psychiatric disorders (a psychophysiological approach). Egypt. J. Psych., vol. 6, no.2, 1983

388 - Sheperd, M. (1984) Morbid Jealousy, Some Clinical and Social Aspects of Psychiatric Symptoms. J. Ment. Sci. 107, 687.

389 - Simon, R. (1992) : Clinical Psychiatry and the law. American Psychiatric Press

390 - Sims, A. (1992) : Symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology. Baillier Tindall.

391 - "Singh SP, Burns T, Amin S et al. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. Br J Psychiatry 2004;185:452-9."

392 - Spencer, E., (1974) Psychosexual Problems in Women. Medicient (series 1)30, 1790.

393 - Spitzer, R., Endicolt, J. and Robins, E. (1975) Clinical Criteria for Psychiatric Diagnosis and DSM III. Am. J. Psychiatry 132, 1187.

394 - "Sullivan H. The onset of schizophrenia. Am J Psychiatry 1927;6:105-34."

395 - Talbott, D., Hales, R., Yudofsky, S., (1994) : Textbook and of Psychiatry. American Psychiatric Press.

396 - "Tek C, Kirkpatrick B, Buchanan RW. A five-year follow-up study of deficit and non-deficit schizophrenia. Schizophr Res 2001; 49:253- 60."

397 - Tewfik G.I. and Okasha. A, Psychosis and immigration. Postgrad. Med. J., 41, 1965.pp 603-612

398 - "The WPA Regional and Intersectional Congress ""Advances in Psychiatry"" World Psychiatry: Feb (2006), Vol. 5:65. "

399 - Trimble, M. (1981) Neuropsychiatry, Chichester, Wiley.

400 - "Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR et al Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. N Engl J Med 2006; 354:1243-52."

401 - Tsuang, M., Tohen, M., Zahner, G. (1995) : Textbook in Psychitrie epidemiology. Wiley-Liss.

402 - Tyrer, P. (ed.) (1982) Drugs in Psychiatric Practice. London, Butterworths.

403 - "Ustün TB. Global burden of mental disorders. Am J Publ Health 1999;89:1315-8."

404 - Ustun, T. Okasha, A., Sartorius, N. et al., (1996) : The many Faces of mental disorders. Adult case histories according to ICD-10.

405 - "Van Os J, Hanssen M, Bijl RV et al. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. Arch Gen Psychiatry 2001; 58:663-8."

406 - Vaughn, C. and Leff, J.P. (1976) The Influence of Family and Social Factors on the Course of Schizophrenic Illness. Brit. J. Psychiatry 129, 125.

407 - "Warner R. The prevention of schizophrenia: what interventions are safe and effective? Schizophr Bull 2001;27:551-62."

408 - "Watson AC, Corrigan PW, Larson JE et al. Self-stigma in people with mental illness. Schizophr Bull 2007;33:1312-8. "

409 - West, D.J. (1980) The Clinical Approach to Criminology. Psychol. Med. 10,619.

410 - "Whisman MA, Beach SRH, Snyder DK. Is marital discord taxonic and can taxonic status be assessed reliably? Results from a national, representative sample of married couples. J Consult Clin Psychol 2008;76:45-755."

411 - WHO - ICD 10 (1993): The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnotic criteria for research WHO-Geneve.

412 - WHO - ICD JO (1992) The ICD 10 Classification of Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostics guidlines WHO -Geneve.

413 - Wiener Jenny (1997): Textbook of child and adolescent Psychiatry. American Psychiatric Press.

414 - Wing, L. (1970) The Syndrome of Childhood Autism. Brit. J.Hosp. Med. 4,381.

415 - Wolran B. (1996): The encyclopedia of psychiatry Psychology of psycho analysis. Henry Holt and Company.

416 - "Wonodi I, Mitchell BD, Stine OC et al. Lack of association between COMT gene and deficit/nondeficit schizophrenia. Behav Brain Funct 2006;2:42-6."

417 - World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.

418 - WPA Ethics Committee World Psychiatric Association: Madrid Declaration of Ethical principles in psychiatric practicem Psychiatric Hung. Jan 2006, Vol. 21:256 :261>

419 - Wynn, L.C. and Singer, M.T. (1963) Thought Disorders and Family Relation of Schizophrenics II. - Classification of forms of Thinking. Arch. Gen. Psychiatry 9, 199.

420 - Yodofsky S. and Hales, R. (1992) The American Psychiatric Press Textbook of Neuropsychiatry. American Psychiatric Press.

421 - Youssef N.A., Lotaif E., Ashour A. And Okasha. A, A study of memory changes after ECT. Egypt. J. Psychiat.1980 vol. 5, no. 1, pp 83-93

422 - Zeinab Bishry, Mona El Okby, Sadek A., lotaif F. and Okasha. A, A psychological profile of patients manifesting warts: An Egyptian study. Egypt. J. Psych., 1981, vol. 4, no. 2, pp. 163-177

الإسهامات العلمية والثقافية فى الداخل والخارج.



أ.د. أحمد عكاشه

- رئيس الجمعية العالمية للطب النفسى(٢٠٠٢-٢٠٠٥).
- أستاذ الطب النفسى كلية الطب جامعة عين شمس.
- مؤسس ورئيس شرف ومستشار مركز الطب النفسى طب عين شمس .
- رئيس مركز البحوث والتدريب لمنظمة الصحة العالمية فى منطقة شرق البحر المتوسط فى مجال الصحة النفسية.
- رئيس لجنة القيم والأخلاقيات بالجمعية العالمية للطب النفسى وأصدر ميثاق مدريد ١٩٩٦ ميثاق الشرف لأطباء نفس العالم.
- رئيس الجمعية المصرية للطب النفسى .
- رئيس اتحاد الأطباء النفسيين العرب .
- رئيس الجمعية المصرية للطب النفسى البيولوجى.
- نائب رئيس الأكاديمية العالمية للطب النفسى السلوكى والعلاج النفسى (كلورادو).
- عضو اللجنة الاستشارية العلمية للمجلس القومى لمكافحة المخدرات ، وعضو صندوق الإدمان.
- الزمالة والدكتوراه الفخرية من عدة جامعات وجمعيات عالمية.
- عضو هيئة تحرير ثمانية عشر مجلة علمية عالمية للطب النفسى.
- الحائز على الجائزة التقديرية الرئاسية من الجمعية الأمريكية للطب النفسى سنة (٢٠٠٦).
- الحائز على جائزة الدولة فى الإبداع العلمى (٢٠٠٠).
- الحائز على جائزة الدولة التقديرية فى العلوم الطبية (٢٠٠٨).

المؤلفات العلمية :

- ستة وخمسون كتابا باللغة العربية والإنجليزية تم نشر ستة وثلاثون منها بالخارج.
- مائتان وثلاثة وسبعون بحثا عالميا فى مجالات الطب النفسى والعصبى والعلوم السلوكية نشروا فى المجلات العلمية ، العالمية والمحلية.
- أشرف على ثمانون رسالة دكتوراه فى الطب النفسى.
- أشرف على مائة وسبع وأربعون رسالة ماجستير فى الطب النفسى.

ISBN 977-05-1973-1





